Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Diabetes: práticas e sentidos de cuidado e
autocuidado em fluxo no Sistema Único de Saúde
(SUS)**

Alexandre Pereira Cruce

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Saúde, ciclos de vida e sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Edemilson Antunes de Campos

São Paulo

2015

**Diabetes: práticas e sentidos de cuidado e
autocuidado em fluxo no Sistema Único de Saúde
(SUS)**

Alexandre Pereira Cruce

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação
em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em
Ciências.

Área de concentração: Saúde, ciclos de vida e sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Edemilson Antunes de Campos

São Paulo

2015

Nome: Alexandre Pereira Cruce.

Título: Diabetes: práticas e sentidos de cuidado de autocuidado em fluxo no Sistema Único de Saúde (SUS).

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovada em __/__/__

Banca Examinadora:

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação

**Para minha mãe, Irene,
que caminha sempre, acompanhada do vento e de
nossos olhares. Oyà A To Iwo Efòn Gbé!**

**Para Claudia Malinverni, babe: “Love is
strong/And you´re so sweet/You make me hard/
You make me weak “
*Rolling Stones***

AGRADECIMENTOS

Uma rede de relações e interações, tecida progressiva e amorosamente ao longo dos últimos dois anos, permitiu-me iniciar o movimento que me trouxe até aqui. Sem os actantes em ato nada disso teria acontecido. A todos e a cada um de vocês minha eterna gratidão.

Ao meu orientador professor Edemilson Antunes de Campos, obrigado pela acolhida, pela parceria; à professora Laura Camargo Macruz Feuerwerker, pela amizade, pelo compartilhamento de saberes e pela valiosa contribuição neste texto que sintetiza meu percurso dissertativo; ao professor Lucas Pereira de Melo, pela amizade e pelo parecer de excelência que certamente definiu a qualidade teórico-metodológica deste trabalho.

Aos companheiros e às companheiras dos grupos de estudo Sociedade, Cultura e Processo Saúde-Doença, do Programa de Doutorado Interunidades, vinculado às Escolas de Enfermagem de São Paulo e de Ribeirão Preto (EE-ERP/USP), e Micropolítica do Trabalho e Cuidado em Saúde, do Departamento de Prática de Saúde Pública da FSP/USP. Vocês me ajudam a desbravar o mundo.

Às professoras Jacqueline Isaac Machado Brigagão e Marília Louvinson, pela interlocução teórica preciosa, e Nádia Zanon Narchi, da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH/USP) e Dulce Maria Rosa Gualda, (EE/USP), pela acolhida e discussões sobre o processo saúde-doença.

Aos trabalhadores e trabalhadoras da Secretaria de Pós-Graduação, especialmente à Vânia e Cidinha, e da Biblioteca da FSP/USP, nas figuras de José e Imaculada, pelo suporte, pela paciência e pela atenção de sempre.

À minha mãe Irene e ao meu irmão Fernando, a pequena família que moldou o que sou.

Ao Alfredo Feres Neto, amigo desde sempre.

À dona Berenice, sogra e parceira de diabetes, pelos almoços cheios de carboidrato.

À Clarissa, pelas inspirações etnográficas *by* FFLCH/USP.

À turma do funil, Guacira, Otto, Luci, Jussara, Wagnão, Silvia e Zé, pelas divertidas discussões e pelos jogos do Corinthians.

À Cláudia, meu doce e decisivo amor, musa da jornada!

“Ademais, este corpo é leve, é transparente, é imponderável; nada é menos coisa que ele: ele corre, age, vive, deseja, deixa-se atravessar sem resistência por todas as minhas intenções. É verdade! Mas somente até o dia em que adoeço, em que se rompe a caverna do meu ventre em que meu peito e minha garganta se bloqueiam, se entopem, se fecham. Até o dia em que a dor de dentes estrala no fundo da minha boca. Então, aí então, deixo de ser leve, imponderável etc.; torno-me coisa, arquitetura fantástica e arruinada.”

O corpo utópico, Michel Foucault

“Assim retorna. Você pensa que está fugindo e dá de cara com você mesmo. A maior volta possível é o caminho mais curto para casa.”

Nausícaa em Ulisses, James Joyce

“[...] a máquina devia de ser um deus de que os homens não eram verdadeiramente donos só porque não tinham feito dela uma Iara explicável mas apenas uma realidade do mundo. De toda essa embrulhada o pensamento dele sacou bem clarinha uma luz: os homens é que eram máquinas e as máquinas é que eram homens. Macunaíma deu uma grande gargalhada.

Percebeu que estava livre outra vez e teve uma satisfação mãe.”

Piaimã em Macunaíma, Mario de Andrade

CRUCE, Alexandre Pereira. **Diabetes**: práticas e sentidos de cuidado e autocuidado em fluxo no Sistema Único de Saúde (SUS). 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RESUMO

Problema de saúde pública de prevalência global, a diabetes está em franca expansão em todo planeta, vinculada ao contexto socioeconômico, às condições de urbanização e ao envelhecimento populacional. Estimativas da Organização Mundial da Saúde indicam que existem, atualmente, 387 milhões de pessoas vivendo com diabetes no mundo. Quarto colocado no ranking da International Diabetes Federation, o Brasil tem 11,6 milhões de adoecidos, 10% dos quais insulínod dependentes. É nesse cenário epidêmico que se dá a construção de redes e sentidos de cuidado e autocuidado da diabetes baseados em práticas e conceitos elaborados por actantes os mais diversos, das políticas públicas brasileiras de saúde coletiva a profissionais de saúde e adoecidos crônicos. Assim, o objetivo deste trabalho é analisar como as redes e seus actantes humanos e não humanos (políticas públicas, rede de atenção à saúde, profissionais de saúde, pacientes, amigos e familiares, medicamentos, insumos e tecnologias) performam e são performados na produção de cuidado e autocuidado no cotidiano dos serviços especializados. Para tanto foi realizado um estudo etnográfico, por meio de observação participante e entrevistas semiestruturadas de profissionais de saúde e usuário de unidade de atenção secundária do município de São Bernardo do Campo, no ABCD paulista. O objetivo foi, assim, contribuir para o entendimento das relações entre atores os mais diversos a partir de produção de cuidado e autocuidado e, conseqüentemente, refletir sobre a saúde coletiva e os projetos terapêuticos mais próximos dos contextos culturais e das singularidades de adoecidos crônicos e profissionais de saúde.

Palavras-chave: Diabetes; Cuidado e Autocuidado; Redes; Actantes; Etnografia.

ABSTRACT

Public health problem of global prevalence, diabetes is booming across the planet, linked to the socioeconomic context, conditions of urbanization and population aging. Estimates from the World Health Organization indicate that there are currently 387 million people living with diabetes worldwide. Fourth place in the ranking of the International Diabetes Federation, Brazil has 11.6 million sickened, 10% of which insulin dependent. It is in this epidemic scenario that gives the building of care and self-care networks and their senses of diabetes based on established practices and concepts of the most diverse actants, from Brazilian public health policy to health professionals and chronic ill. The objective of this study is to analyze the networks and their human and non-human actants (public policy, health care network, health professionals, patients, friends and family, medicines, supplies and technologies) enact and are enacted in the production of care and self-care in the routine of medical specialized services. The study is an ethnography using participant observation and semi-structured interviews of health professionals and users of public specialized medical care unit in São Bernardo do Campo, São Paulo ABCD. The aim was thus to contribute to the understanding of the relationships among the various actors from care and self-care production and consequently reflecting on public health and the therapeutic projects of chronic ill and health professionals on their cultural contexts and singularities.

Keywords: Diabetes; Care and Self-care; Networks; Actants; Ethnography.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 DIABETES, PANDEMIA NO SÉCULO 21	16
1.1 O CENÁRIO BRASILEIRO	18
1.2 DIABETES: A ETIOLOGIA E A CONSTRUÇÃO DA DOENÇA ATRAVÉS DAS REDES E DAS PRÁTICAS	19
1.2.1 Política de Atenção à Diabetes, Um Breve Trajeto Histórico	20
1.2.2 O Arcabouço Legal à Política Pública	24
1.2.3 A Norma Legal que Estruturou a Atenção à Diabetes	27
2 OBJETIVOS	31
2.1 OBJETIVO GERAL	31
2.1.1 Objetivo Específico	31
3 APROTES TEÓRICO-METODOLÓGICOS	32
3.1 DA ANTROPOLOGIA SIMÉTRICA À TEORIA ATOR-REDE	32
3.2 SEGUINDO RASTROS, A PERSPECTIVA TAR	34
3.2.1 Ontologias Múltiplas	37
3.2.2 Noções de Cuidado e Autocuidado: a Disciplinarização dos Corpos	39
3.3 METODOLOGIA	44
3.3.1 Observação Participante	44
3.3.2 Entrevistas Semiestruturadas	45
4 O CAMPO DE ESTUDO	49
4.1 A SAÚDE SÃO-BERNARDENSE: BREVE PERFIL E ALGUNS INDICADORES	52
4.1.1 Diabetes no Centro da Atenção	54
4.1.2 A Secretaria Municipal de Saúde e a sua Organização	56
4.2 CLÍNICA DE ESPECIALIDADES 1	59
5 CONTEXTO ETNOGRÁFICO	63
5.1 INTERLÚDIO: DA APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA AO INÍCIO DO CAMPO	63
5.1.1 O Usuário-Pesquisador não pode Investigar o Lugar Onde Ocorre sua produção de cuidado	63
5.1.2 O Encontro com o Novo <i>Locus</i>	66
5.2 APRESENTAÇÃO DOS ACTANTES, SUAS PRÁTICAS E SUAS RELAÇÕES	67
5.2.1 Primeiro Movimento: Pesquisador-Usuário é Apresentado às Gestoras e Trabalhadoras da Clínica	67

5.2.2 Segundo Movimento: Pesquisador-Usuário Começa a Performar e Ser Performado pelas Relações e Práticas entre Usuários e Profissionais de Saúde	76
5.2.3 Terceiro Movimento: Dois Tipos de Aulas de Autocuidado, Performados por Actantes Distintos	84
5.2.4 Quarto Movimento: Novas Práticas Adotadas	90
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
7 REFERÊNCIAS	101

ANEXOS

Anexo A – Termo de Aprovação Comitê de Ética - Secretaria de Saúde do município de São Bernardo do Campo

Anexo B - Termo de consentimento livre e esclarecido usuários portadores de diabetes da Clínica de Especialidades I

Anexo C - Termo de consentimento livre e esclarecido profissionais de saúde da Clínica de Especialidades I

Anexo D - Termo de consentimento livre e esclarecido médicos endocrinologistas da Clínica de Especialidades I

Anexo E – E-mail a Fundação Fiocruz/Farmanguinhos sobre produção de insulina humana e resposta

Anexo F – Currículo Lates Edemilson Antunes de Campos

Anexo G – Currículo Lates Alexandre Pereira Cruce

APRESENTAÇÃO

Do lugar que Proust ocupa,¹ docemente, ansiosamente, sempre e a cada vez que desperta, deste lugar, se meus olhos estiverem abertos, não posso mais escapar. Não que ele me paralise – pois, afinal, posso não apenas mover-me e remover-me, como posso também “movê-lo”, “removê-lo”, mudá-lo de localização – apenas isto: não posso deslocar-me sem ele; não posso deixá-lo lá onde ele está para ir-me a outro lugar. Posso até ir ao fim do mundo, posso, de manhã, sob as cobertas, encolher-me, fazer-me tão pequeno quanto possível, posso deixar-me derreter na praia, sob o sol, e ele estará sempre comigo onde eu estiver. Está aqui, irreparavelmente, jamais em outro lugar. Meu corpo é o contrário de uma utopia, é o que jamais se encontra sob outro céu, lugar absoluto, pequeno fragmento do espaço com o qual, no sentido estrito, faço corpo.

Meu corpo, *topia* implacável. E se, por sorte, eu vivesse com ele em uma espécie de familiaridade gasta, como se com uma sombra, ou com as coisas de todos os dias que no fim das contas não enxergo mais e que a vida embaçou; como as chaminés, os tetos que, todas as tardes, se ondulam diante de minha janela? No entanto, todas as manhãs, a mesma presença, a mesma ferida; desenha-se aos meus olhos a inevitável imagem imposta pelo espelho: rosto magro, ombros arcados, olhar míope, sem cabelos, realmente nada belo. E é nesta desprezível concha da minha cabeça, nesta gaiola de que não gosto, que será preciso mostrar-me e caminhar; é através desta grade que será preciso falar, olhar, ser olhado; sob esta pele, deteriorar. Meu corpo é o lugar sem recurso ao qual estou condenado (*O corpo utópico*, Michel Foucault, grifos do autor).²

O longo trecho do texto foucaultiano escolhido como epígrafe da apresentação deste trabalho traduz, em certa medida, a relação que eu mesmo tenho com meu corpo, ao fim e ao cabo, um ator central no tema da pesquisa que se materializa nesta dissertação. O próprio projeto nasceu e está imbricado na minha

¹ A recuperação do corpo no processo de acordar é um tema recorrente na obra do escritor Marcel Proust.

² Trecho inicial da conferência “O corpo utópico”, de 1966, texto recentemente descoberto e publicado no Brasil, em 2013, no livro *O corpo utópico. As heterotopías*, pela n-1 Edições.

trajetória pessoal, tecida desde a infância na complexa rede que configura o processo saúde-doença, nas instâncias privada e pública.

Diagnosticado com diabetes mellitus tipo 1 (insulinodependente) aos 8 anos de idade, desde então, por força das circunstâncias que envolvem o cotidiano de pacientes crônicos, venho acompanhando e integrando o desenvolvimento e implantação de um projeto terapêutico singular, vetor de várias forças e participante de várias redes. Forças diversas, algumas delas normalizadoras e disciplinadoras; outras distintas do regramento biomédico que ainda modela e traduz boa parte dos esforços governamentais para instituir políticas públicas capazes de fazer frente às demandas e aos desafios colocados pelo adoecimento crônico da população, possivelmente uma marca da contemporaneidade no campo da saúde.

A esse contexto, soma-se meu envolvimento acadêmico com as questões da esfera pública. Graduado em administração pública pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, na década de 1980, interessei-me pelas intersecções entre as políticas de Estado, as demandas sociais e seus atores, suas disputas e articulações. E essa formação também influencia e projeta meu atual caminho acadêmico.

Nesse sentido, a longa convivência com a diabetes, a condição de usuário do sistema público de saúde por igual período e a minha formação acadêmica me levaram a projetar o presente estudo, que se dá na perspectiva do pesquisador que é ao mesmo tempo sujeito e objeto da pesquisa. Ou seja, sou o pesquisador-usuário a interrogar contexto e interlocutores em muitas cenas similares às minhas rotinas, porém diferentes em seus arranjos, procedimentos e participantes, no processo de produção de cuidado e autocuidado.

Sob uma abordagem etnográfica, que será descrita nos próximos capítulos, este projeto implica vários desafios metodológicos: equilibrar os inevitáveis atravessamentos, projeções e certezas já construídas e às quais, potencialmente, está exposto este pesquisador-sujeito-usuário em sua relação com os demais sujeitos e objetos da pesquisa. Ao mesmo tempo, fazer da própria condição crônica guia para a condução adequada das ferramentas de pesquisa. A perspectiva que procurei adotar não é a de sujeito-objeto e sim a de relação entre sujeitos, suas singularidades, suas redes de relações (com sujeitos humanos e não humanos) e cenas dos momentos de

produção de cuidado. No campo de pesquisa da saúde:

[...] quando algum usuário é diagnosticado/a como diabético/a, essa informação sobressai e apaga tudo aquilo que as pessoas podem ser além dessa doença (...): mãe, pai, filho ou filha, dançarinos, apreciadores de comidas, amantes de música, enfim (...). Trabalhar as multiplicidades é trazer as singularidades para o campo do cuidado (...) dos sujeitos (...) e suas possibilidades (...) existenciais como redes vivas de produção (MERHY et al., 2014, p. 154).

Inevitavelmente, o pesquisador-sujeito-usuário teve de estabelecer relações com os demais sujeitos de pesquisa (usuários com diabetes e profissionais de saúde da Clínica de Especialidades I, de São Bernardo do Campo, no ABC paulista) a fim de observar essa produção.

Alicerçado sobre bases teóricas que considerei mais adequadas aos objetivos deste trabalho, escolhi caminhos conceituais e metodológicos que me permitiram não excluir da pesquisa minha experiência pessoal da doença, que, afinal, também subjetivou minha existência física e institucional como pessoa vivendo com diabetes.

Um dos riscos da produção etnográfica sobre o processo saúde-doença da diabetes é trazer uma visão já delineada sobre os adoecidos, também chamados de “objetos de pesquisa”, e guardando sobre os mesmos uma “distância” metodológica segura. Temos de considerar que pesquisadores também fazem parte de complexas redes de relações entre atores e de mediações as mais diversas em sua produção científica, em que os fenômenos são tratados conforme “protocolos” de ideias e métodos construídos, partilhados em consenso e postos em ação. E os fenômenos tornam-se, a partir daí, fatos científicos e, deste estatuto, verdades científicas, dependendo da extensão e do poder da rede existente. A ciência é fundada principalmente em práticas, não somente em ideias (LATOUR apud FREIRE, 2013). Assentado nesse pressuposto, pretendi evitar práticas de pesquisa que defendessem qualquer distanciamento das pessoas que vivem com a doença, dos acontecimentos em torno dela, e que explicassem as singularidades como desvios de eventos já esperados, sobretudo de acontecimentos, que pudessem ser *cuidado*.

No capítulo 3 tratarei da TAR (teoria ator-rede) e de alguns de seus autores, dentre os quais Annemarie Mol, médica e professora de antropologia do corpo da

Universidade de Amsterdã. A autora desenvolveu em seus estudos e textos que tratam de ciência, cuidado e sociedade a noção de *ontologia múltipla* para discutir a coexistência de realidades diversas, heterogêneas. Nessa perspectiva, a realidade não é dada de antemão, mas é antes efeito das práticas que as fazem existir através do engajamento de seus atores. Para Mol, conhecer não é questão de representar o real, mas envolver-se, manejar e interferir nas práticas no ponto onde formam realidades (MORAES; ARENDT, 2013).

Também baseada numa revisão bibliográfica, esta dissertação indica que nos estudos dessa natureza os adoecidos não são observados em sua complexidade, que vai além da doença. Na perspectiva aqui adotada foi possível constatar que eles são sujeitos que participam das mais diversas redes sociais, desempenhando nelas, igualmente, variados papéis. E, nesse sentido, construindo diferentes versões de cuidado com a “sua” diabetes (MOL, 2008). Essas redes, sejam elas de humanos e/ou não humanos e as relações entre seus pontos de intersecção podem explicar comportamentos e maneiras de viver, arrisco dizer, para muito além dos protocolos médicos centrados de tratamento da diabetes.

Considerando essas ponderações, o meu propósito nesta pesquisa foi evitar justamente visões *a priori* dos diabéticos, buscando analisar a construção do cuidado a partir dos muitos actantes que performam o paciente e alguns que tentam institucionalizá-lo, das políticas públicas e protocolos do Sistema Único de Saúde até as práticas dos profissionais de saúde que atuam na rede pública, passando pela disponibilização e uso de tecnologias empregadas neste cuidado.

Assim, espero ter evitado, justamente, análises que lançam mão do arcabouço teórico-metodológico das representações sociais, largamente adotado em estudos sobre o processo saúde-doença da diabetes, privilegiando a observação participante dos atos de cuidado nos equipamentos do SUS voltados para este fim, conforme já dito, em São Bernardo do Campo.

O percurso dissertativo começa no capítulo 1, com a apresentação da diabetes no cenário mundial, latino-americano e brasileiro e do arcabouço legal e institucional que forjou o atendimento aos afetados pela doença no âmbito do sistema público de saúde do Brasil. Nos capítulos 2 e 3, respectivamente, são expostos os objetivos e o marco teórico-metodológico que ancoram esta pesquisa. Nos capítulos 4 e 5 são

apresentados o campo do estudo, a cidade de São Bernardo do Campo, o contexto etnográfico e a discussão dos achados desta pesquisa. As considerações finais estão no capítulo 6.

O caminho traçado mantém o diálogo com o texto de Foucault: sim, estamos encerrados em nossos corpos. E, apesar de ser sempre o mesmo e em progressivo dismantelamento, ainda assim podemos movê-lo, removê-lo e promover, através dele mesmo, aqui presente, se não utopias, outras relações a partir de encontros com singularidades e diferentes redes. Aumentando em nós as possibilidades de alegria e de potência, além de “[...] pensar e operar os processos de subjetivação em defesa da vida” (FEUEWERKER, 2014).

1 DIABETES, PANDEMIA NO SÉCULO 21

Problema de saúde pública de prevalência global, a diabetes está em franca expansão em praticamente todas as regiões do planeta, configurando-se progressivamente como uma pandemia a partir das últimas décadas do século 20. Estimativas divulgadas em 2014, no *IDF Diabetes Atlas*³ – relatório trienal da International Diabetes Federation (IDF), entidade vinculada à Organização Mundial da Saúde (OMS) – indicam que, atualmente, 387 milhões de pessoas em todo o mundo são afetadas pela doença – quase metade (cerca de 179 milhões⁴) não diagnosticada. Em novembro de 2014, a OMS informou que a prevalência da doença estava em torno de 8,3% da população mundial e que em 2030 ela será a sétima causa de morte (IDF DIABETES ATLAS, 2014).

Onerosa tanto do ponto de vista social quanto econômico, em 2014 a diabetes matou 4,9 milhões de pessoas (uma morte a cada 7 segundos), 45% das quais tinha menos de 60 anos de idade. E o cenário tende a se agravar, uma vez que a IDF projeta que até o ano de 2035 os casos mundiais da doença atinjam um patamar alarmante: 592 milhões (IDF DIABETES ATLAS, 2014). Esse cenário representará um aumento de 53% da população afetada pela doença, que será incluída, com outras três patologias crônicas (câncer, problemas cardíacos e respiratórios), nos próximos objetivos de desenvolvimento global, que substituirão as Metas do Milênio em 2015 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Estima-se que em 2014 os dispêndios mundiais de saúde com diabetes tenham sido da ordem de US\$ 612 bilhões (IDF DIABETES ATLAS, 2014).

³ O atlas é lançado sempre em 14 de novembro, quando é comemorado o Dia Mundial do Diabetes. A data foi definida pela IDF e introduzida em 1991 como resposta ao alarmante crescimento da doença em todo o mundo. Em 2007, em sua Assembleia Geral, a ONU aprovou a Resolução nº 61/225, que considera a diabetes um problema de saúde pública e conclama os países-membros a adotarem esse dia como estratégia de mobilização para alertar as pessoas sobre os riscos da doença e a importância da sua prevenção. Disponível em:

<<http://www.diabetes.org.br/images/pdf/Atlas-IDF-2014.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

⁴ Esse número pode variar conforme as condições socioeconômicas dos países de ocorrência. Segundo o Ministério da Saúde, estima-se que a proporção de diabetes não diagnosticada no Brasil gire entre 30% e 60%. BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. **Portalsaúde.gov.br**, 2011. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Mai/09/Vigitel_2011_diabetes_final.pdf>. Acesso em: 20 set. 2013.

Na América Latina, segundo a IDF (2014), há 24,8 milhões de diabéticos com idades entre 20 e 79 anos, dos quais 6,8 milhões desconhecem esta condição. A predominância regional da doença no continente, cuja população adulta é de 305,6 milhões de pessoas, é de 8,1%. No mesmo estudo, a instituição estimou que, em 2014, a diabetes provocou a morte de 219 mil latino-americanos, quase a metade (45,6%) com menos de 60 anos; as despesas com tratamento totalizaram 28,7 milhões de dólares. Projeções da IDF indicam, ainda, que se não houver investimentos imediatos em políticas e ações públicas para o controle da doença na América Latina, em 2035 o número de diabéticos será da ordem de 38 milhões de pessoas, um aumento de 55,2%.

Antes considerado um problema típico dos países desenvolvidos – os primeiros a sentirem os efeitos da obesidade e nos quais a doença já é a principal causa de insuficiência renal, de amputações e de cegueira e a quarta causa de morte direta – a diabetes disseminou-se rapidamente pelas nações mais pobres. Esse novo perfil pode estar associado, sobretudo, ao processo de urbanização desordenado, que trouxe a reboque condições de vida que agem negativamente no processo saúde-doença. Atualmente, 77% dos adoecidos por diabetes vivem em nações de baixa ou média renda (IDF DIABETES ATLAS, 2014).

Esse movimento no perfil da diabetes indica que a doença de natureza crônica está diretamente associada ao contexto socioeconômico, às condições de urbanização e outros determinantes sociais de saúde. Sintomaticamente, quatro das cinco nações que ocupam as primeiras posições no ranking da IDF estão passando, há mais de uma década, por um acelerado processo de crescimento econômico, intensa urbanização e acentuado envelhecimento das suas populações: a China, em primeiro, com 96,3 milhões de casos diagnosticados; a Índia, em segundo, com 66,8 milhões; o Brasil, em quarto, com 11,6 milhões; e a Rússia,⁵ a quinta colocada, com 6,8 milhões (IDF DIABETES ATLAS, 2014). Esses quatro países, mais a África do Sul, que tem 2,7 milhões de casos, formam o bloco conhecido como Brics (IDF DIABETES ATLAS, 2014).

⁵ Os Estados Unidos ocupam o terceiro lugar, com 25,8 milhões de diabéticos. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetesatlas>>. Acesso em: 02 jan. 2014.

1.1 O CENÁRIO BRASILEIRO

Embora próxima do atual ranking da IDF, a última estimativa da Sociedade Brasileira de Diabetes (2012) – divulgada em abril de 2013 e referendada pelo governo federal/Ministério da Saúde –, indica que há no Brasil pouco mais de 12 milhões de afetados pela doença.⁶ Balanço ministerial, divulgado em novembro de 2013, indicou que a diabetes foi responsável por mais de 470 mil mortes no país entre 2000 e 2010 – no período a taxa de mortalidade avançou de 20,8 para 28,8 casos para cada 100 mil habitantes. Só em 2010 a diabetes matou 54 mil brasileiros, quatro vezes mais do que o total de óbitos causados pela aids (12 mil) e pelos acidentes de trânsito (42 mil), por exemplo. No mesmo período a doença esteve associada a 68,5 mil mortes.⁷

O último levantamento da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico,⁸ que retrata os hábitos comportamentais e alimentares relacionados à saúde da população brasileira e é uma importante fonte para o desenvolvimento de políticas públicas no campo, corrobora o trajeto epidêmico da diabetes no país. Entre vários indicadores apurados no inquérito realizado em 2013, que entrevistou cerca de 53 mil adultos em todas as capitais e também no Distrito Federal, ressalta a constatação de um aumento no diagnóstico da doença. O percentual de pessoas que declararam terem sido diagnosticadas passou de 5,5%, em 2006, para 6,9%, em 2013, com prevalência maior entre as mulheres (7,2%) do que em homens (6,5%). Outro indicador também revela que a diabetes tem forte relação com o envelhecimento: entre 18 e 24 anos a proporção de diabéticos é de 0,8%, enquanto aos 65 anos o índice o percentual salta para 22,1%.

⁶ Em 2013, a Sociedade Brasileira de Diabetes adotou em seus pronunciamentos públicos a estimativa do *IDF Atlas 2013*, segundo a qual havia no país 13,7 milhões de portadores da doença. Nesta pesquisa, adotamos o número do estudo da própria SBD, divulgado em 2012, por ser ele baseado no Censo 2010.

⁷ LABOISSIÈRE, P. Diabetes mata mais que aids e trânsito no Brasil. *Agência Brasil*, Brasília, 13 nov. 2012. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2012-11-13/diabetes-mata-mais-que-aids-e-transito-no-brasil>>. Acesso em: 23 set. 2013.

⁸ BRASIL ESTABILIZA TAXAS DE SOBREPESO E OBESIDADE. **Portal Brasil**, Brasília, 30 jul. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/04/brasil-estabiliza-taxas-de-sobrepeso-e-obesidade>>. Acesso em: 24 fev. 2015.

Para o Ministério da Saúde, o avanço no diagnóstico está relacionado à melhoria do acesso à atenção básica, combinada a adoção de ações e programas voltados especificamente para o controle das doenças crônicas não transmissíveis, como a criação de cadastro nacional de pessoas vivendo com a doença e a distribuição gratuita de medicamentos.

1.2 DIABETES: A ETIOLOGIA E A CONSTRUÇÃO DA DOENÇA ATRAVÉS DAS REDES E DAS PRÁTICAS

A diabetes mellitus (DM),⁹ ou simplesmente diabetes, instala-se no organismo quando o pâncreas já não é capaz de produzir ou produz em quantidade insuficiente o hormônio insulina, responsável pela absorção celular de glicose sanguínea. A insulina atua como espécie de “chave” para que as células do corpo gerem energia a partir da ingestão de alimentos ricos em carboidratos, que são quebrados em glicose no sangue – o hormônio ajuda a glicose a entrar nas células. Não sendo capaz de produzir o hormônio insulínico em quantidade suficiente ou de usá-lo de forma eficaz, o corpo é conduzido a níveis elevados de glicose no sangue, processo conhecido como hiperglicemia. Atualmente, os protocolos médicos caracterizam hiperglicemia a partir de 126 mg/dl em jejum, mas esse valor vem sendo alterado de acordo com novos consensos médicos.¹⁰

No longo prazo, a hiperglicemia está associada a danos severos no corpo, que podem conduzir a falhas e mesmo ao colapso de vários órgãos e tecidos. Daí seu grande impacto na morbimortalidade, configurada por complicações cardíacas, cerebrovasculares, vasculares periféricas, oculares, renais, neuropáticas,

⁹ A diabetes é conhecida desde antes da Era Cristã – um papiro datado do século XV a.C. descreve sintomas que correspondem aos da doença. O termo diabetes (que em grego significa “sifão”, alusão ao seu sintoma mais explícito, a eliminação exagerada de urina) foi cunhado por Areteu da Capadócia, no século 2 d.C. Em 1679, o médico inglês Thomas Willis fez a primeira descrição relevante da doença, dando a ela *status* de entidade clínica. Referindo-se ao sabor doce da urina dos portadores de diabetes, Willis a batizou de *mellitus* (sabor de mel, em latim). Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus#cite_note-Dobson-48>. Acesso em: 21 set. 2013.

¹⁰ As informações sobre etiologia, diagnóstico e tratamento expostas neste capítulo foram retiradas do documento eletrônico disponibilizado pela INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes: protect our future**. Bruxelas: IDF, [19--?]. Disponível em: <<http://www.idf.org/worlddiabetesday/toolkit/gp/what-is-diabetes>>. Acesso em 21 set. 2013.

incapacidades e aceleração da morte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Existem três tipos principais de diabetes: tipo 1, tipo 2 e gestacional. Nesta pesquisa vamos nos ater aos tipos 1 e 2, neste caso exclusivamente os adoecidos que se tornaram insulino dependentes. O tipo 1, que representa em torno de 10% de todos os casos de diabetes, pode afetar pessoas de qualquer idade, mas geralmente acomete crianças e jovens adultos, daí o termo juvenil frequentemente a ele associado. Os diabéticos do tipo 1 precisam injetar insulina diariamente para controlar os níveis de glicose no sangue, o que implica dizer que o medicamento é condição *sine qua non* para a sua sobrevivência: sem o hormônio, eles morrem.

Já a diabetes tipo 2 responde pela grande maioria dos casos (90%). Ocorre em pessoas geneticamente predispostas, sendo o excesso de peso e/ou a obesidade um de seus fatores desencadeantes – o que em si pode causar resistência à insulina e levar a altos níveis de glicose no sangue. O seu diagnóstico pode ocorrer em qualquer idade, permanecendo a doença silenciosa durante muitos anos. Nesses casos, muitas vezes a diabetes só é diagnosticada quando surge uma complicação. De modo geral, as pessoas com o tipo 2 conseguem inicialmente manter uma boa condição de saúde por meio de exercícios físicos e dieta especial. No entanto, ao longo do tempo a maioria vai demandar medicamentos orais ou mesmo o uso contínuo de insulina.

A presente pesquisa está circunscrita ao adoecido insulino dependente, que em 2013, segundo dados do Ministério da Saúde, somavam cerca de 1,1 milhão de brasileiros que utilizaram a insulina disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde.¹¹ Em 2012, o consumo médio pela rede pública de saúde (SUS) foi de cerca de 15 milhões de frascos NPH e cerca de 1,7 milhão de frascos de insulina regular.

1.2.1 Política de Atenção à Diabetes, Um Breve Trajeto Histórico

Este breve trajeto histórico ancora-se na teoria ator-rede (TAR) de Bruno Latour (2001) – detalhada no capítulo 3, que expõe os aportes teórico-metodológicos que sustentam esta pesquisa. De acordo com a TAR, atores humanos e não humanos

¹¹ CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA do Estado de São Paulo. Ministério da Saúde anuncia retomada nacional da produção de insulina através de parceria público privada. Disponível em: <<http://portal.crfsp.org.br/noticias/4214-insulina-nacional-sp-1035805728.html>>. Acesso em: 27 fev. 2015.

(que o teórico nomeia como *actantes*) agem, deixam traços e produzem efeitos no mundo, por meio de uma rede heterogênea de fluxos, circulações e alianças, sobre a qual interferem e da qual sofrem interferências entre si, constantes. Nessa perspectiva, entendemos o arcabouço legal da diabetes como um actante que institucionalizou e configurou a atenção ao usuário diabético no sistema público de saúde.

A institucionalização da diabetes nas políticas públicas brasileiras e, em consequência, a estruturação da atenção à doença no âmbito do SUS, são relativamente recentes. Ao contrário do trajeto histórico de outros segmentos que participaram ativamente do processo de construção das políticas públicas de atenção à saúde, como as relativas à saúde da mulher e às pessoas vivendo com HIV/aids, fortemente influenciados pelos movimentos feministas (ZORZAM, 2013) e ativistas GLBT,¹² respectivamente, a política de atenção à saúde do diabético teve, desde o início, um forte viés hospitalocêntrico, com a gestão da doença a cargo quase que exclusivamente das instituições e profissionais de saúde, à qual os doentes estavam inexoravelmente submetidos. Do ponto de vista sistêmico, ela começou a ser estruturada a partir da promulgação da Constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde.

Até então, a exemplo do que ocorria com outras doenças, o atendimento aos diabéticos nos serviços públicos ocorria basicamente em instituições filantrópicas e de ensino médico. Também havia os ambulatórios do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), onde era realizada a atenção especializada aos trabalhadores que contribuía para a previdência social, incluindo as pessoas com diabetes. Ou seja, a atenção estava inserida no campo da saúde do trabalhador. A maior parte do atendimento era feita por convênios particulares, remunerados por procedimentos.

A década de 1990 foi de construção do SUS e início da descentralização das ações de saúde e a definição de papéis entre os entes federativos. Isso incluiu o próprio financiamento do sistema, que de um panorama de crise e indefinição,

¹² Há uma vasta produção acadêmica e científica sobre esse tema. Destacamos aqui o trabalho de Pereira e Nichiata (2011), disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800024>. Acesso em: 19 dez. 2013.

passou, ao final daquele período, a uma relativa solidez com a criação da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira), em 1997. O processo de financiamento do SUS culminou com a Emenda Constitucional 29, em 2000, que determinou que os estados seriam obrigados a vincular 12% do seu orçamento à saúde, enquanto os municípios responderiam por 15%, percentuais a serem alcançados até 2004. Isso permitiu ao Ministério da Saúde aumentar consideravelmente os recursos destinados à atenção básica e à assistência farmacêutica na segunda metade da década de 2000 (NEGRI, 2002a).

Em meados dos anos 1990, um programa de medicamentos estratégicos do governo federal já atendia às ações voltadas para o controle da tuberculose, hanseníase, malária, tracoma, leishmaniose, meningite, cólera, filariose, hemofilia e diabetes, além da assistência farmacêutica básica, o programa de combate à aids e a saúde mental. Em 1997 os recursos para a aquisição de medicamentos estratégicos pelo SUS, em termos nominais, foram de R\$ 569,7 milhões, passando em 2001 para R\$ 1.048,2 milhões, um aumento de R\$ 478,5 milhões ou 84% (NEGRI, 2002b). O número estimado de diabéticos insulino-dependentes atendidos pelo Programa em território nacional passou de 182 mil em 1997, para 750 mil em 2001, um aumento de 312% (NEGRI, 2002a).

Com a regulamentação do SUS, em 1990 (Lei 8.080), e a implantação dos primeiros de programas voltados ao atendimento de usuários crônicos, teve início um processo de judicialização da assistência, estimulado em grande medida pelas associações médicas e de diabéticos, entre outros atores de natureza semelhante, que acabaram atuando como representantes da indústria farmacêutica. Sob o argumento da defesa dos direitos das pessoas com a doença, indícios encontrados nesta pesquisa apontam que esses atores atuaram como agentes ativos das redes produtoras de cuidado, ainda hoje presentes no cotidiano do sistema público de saúde. Indicamos como um exemplo recente da atuação desses atores a atual iniciativa/campanha da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), da Associação de Diabetes Juvenil (ADJ), da Federação Nacional de Entidades e Associações de Diabéticos (FENAD), da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) e da Sociedade Brasileira de Pediatria para que o SUS inclua as insulinas análogas no rol de

medicamentos para o tratamento da doença.¹³ O mote da campanha, realizada por meio de uma petição *on-line* da comunidade Avaaz,¹⁴ é “aprimorar” a qualidade do controle da glicemia de pacientes insulíndependentes, principalmente de jovens e crianças.

É inegável a qualidade superior das insulinas análogas no controle glicêmico e na diminuição de riscos de hipoglicemia.¹⁵ E nessa perspectiva a campanha traz severas críticas à qualidade das insulinas NPH e R, adotadas no programa brasileiro de medicamentos, destinadas tanto à atenção básica e rede de especialidades do SUS quanto na distribuição para os usuários, que fazem em uso diário do hormônio. Contudo, apesar das declaradas boas intenções desses coletivos, é preciso lembrar que o Ministério da Saúde, por meio da Farmanguinhos/Fiocruz, em associação com o laboratório ucraniano Indar, pretende dominar os processos de fabricação de insulinas, inicialmente das NPH e R, abastecendo a rede pública, com redução substancial de importações de laboratórios norte-americanos e dinamarqueses pelo SUS. Com a produção local, a economia aos cofres públicos é estimada em US\$ 392 milhões ao ano.¹⁶ Caso a campanha desses coletivos tenha sucesso, esses ganhos estimados seriam perdidos porque a importação, provavelmente, voltaria a crescer em volume e valor (dado o alto custo dos medicamentos análogos), comprometendo consequentemente a parceria entre os laboratórios brasileiro e ucraniano, bem como a produção local. E a economia política da diabetes não é o único campo de disputas entre atores ligados ao cuidado; a própria elaboração de políticas públicas voltadas ao manejo dessa doença crônica também se configura como tal. Na petição Avaaz, a representante da SBD sugere que as entidades citadas forcem “[...] parcerias com o Ministério da Saúde na elaboração de políticas de controle da diabetes através de

¹³ Basicamente, os diferentes tipos de insulina disponíveis no mercado são divididos quanto ao seu tempo de ação no corpo humano: de ação rápida (insulina R); de ação intermediária ou pré-misturada (insulina NPH); análogos de insulina incluem insulinas de ação lenta (ou prolongada) e insulinas ultrarrápidas. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/index.php>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

¹⁴ Petição disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/destaques/peticao-avaaz-ajude-nos-a-melhorar-o-tratamento-com-insulinas>>.

¹⁵ Distúrbio provocado pela baixa concentração de glicose no sangue, que pode afetar pessoas portadoras ou não de diabetes.

¹⁶ Brazil to manufacture insulin with Ukraine's help. Disponível em: <http://news.xinhuanet.com/english/health/2013-01/24/c_132124302.htm>. Acesso em: 15 jan. 2015.

grupos de trabalho”.

1.2.2 Do Arcabouço Legal à Política Pública

A investigação bibliográfica preliminar indicou que o Rio de Janeiro foi o primeiro Estado a instituir uma lei obrigando o poder público a criar, como direito do cidadão, uma política de saúde preventiva do diabetes (Lei Estadual nº 1.751, de 26 de novembro de 1990). Quatro anos mais tarde, o Distrito Federal regulamentou, pioneiramente, a distribuição gratuita de medicamentos e tiras reagentes (Lei Distrital 640, de 10 de janeiro de 1994).¹⁷ Mais de uma década depois, o estado de São Paulo definiu as diretrizes para uma política de prevenção e atenção integral à saúde da pessoa com diabetes no âmbito do SUS paulista (Lei Estadual nº 10.782, de 09 de março de 2001) (DIREITOS GARANTIDOS..., [2005?]). Evidentemente isso não significa que o SUS na cidade de São Paulo não distribuísse medicamentos aos usuários. O pesquisador mesmo recebia, nos anos 1990, insulina NPH no posto de saúde onde era atendido. Como já citado, essa demanda era atendida pelo programa de medicamentos estratégicos, mantido pelo Ministério da Saúde, e, a partir dele, era assegura a distribuição de insulina na atenção básica, em termos nacionais.

Contudo, o arcabouço legal erguido tanto a partir de iniciativas isoladas dos Estados e municípios quanto desse programa federal, na década de 1990, não configuravam garantia imediata dos diabéticos ao arsenal terapêutico preconizado nas leis. Para se ter uma ideia desse cenário, em meados da década de 2000 havia por todo país uma importante demanda judicial dos diabéticos para garantir a aplicação das normas legais então vigentes, nas diferentes regiões, mas não aplicadas no âmbito do SUS. É o que se depreende de uma entrevista concedida, em 2005, pela então coordenadora da Comissão Jurídica da ADJ, Ione Taiar Fucs, em que ela destaca o êxito de pacientes que estavam garantindo na justiça o cumprimento dos

¹⁷ Tiras reagentes são insumos que permitem medir a dosagem de glicemia capilar presente no sangue venoso, em contato com uma gota de sangue, por meio de um aparelho chamado glicosímetro.

seus direitos. Questionada sobre como o adoecido deveria agir para garantir o fornecimento gratuito de gêneros para o tratamento e controle da diabetes, previsto nas diferentes leis, aconselhava-o: “[...] sempre se dirigir aos Postos e Secretarias de Saúde. *Se não forem atendidos, deverão ingressar com ações judiciais*, seja através de advogados particulares ou públicos [...]” (DIREITOS GARANTIDOS..., [2005?], grifos nossos).

No âmbito federal, a ação mais marcante da década foi o lançamento, em 2001, do “Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus”, cujo propósito era “[...] vincular os portadores dos dois agravos às unidades de saúde, garantindo a eles acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços [...]” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 5). Embora se tratasse exclusivamente de um instrumento da capacitação dos profissionais da atenção básica, baseado em protocolos, consensos e manuais elaborados pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde e das sociedades científicas, o plano permitiu um rastreamento nacional que levou à detecção e à incorporação ao sistema de saúde de aproximadamente 320 mil pessoas com diabetes.

O plano, implementado em janeiro de 2002 e reavaliado em 2004, estabeleceu diretrizes e metas para a reorganização do atendimento à hipertensão e à diabetes no âmbito do SUS

[...] investindo na atualização dos profissionais da rede básica, oferecendo a garantia do diagnóstico do diabetes e da hipertensão, proporcionando a vinculação dos pacientes diagnosticados às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, e promovendo a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas condições (MINISTÉRIO DA SAÚDE; OPAS, 2004, p. 17).

Em diferentes etapas, ele viabilizou, ainda em 2002, a implantação do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e do SIS/Hiperdia (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos). Sistema informatizado nacional de cadastro e acompanhamento de usuários acometidos pelas duas doenças nas unidades básicas de

saúde, o Hiperdia¹⁸ possibilitou aos gestores das esferas federal, estadual e municipal o planejamento das demandas de atendimento desse público graças ao cadastramento de usuários hipertensos e diabéticos e, conseqüentemente, a oferta regular para a rede da AB dos medicamentos necessários a esses usuários, além de possibilitar o acompanhamento e avaliação dos seus índices de morbimortalidade. O Hiperdia também envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, o que garante a identificação única do usuário do SUS. Além de orientar os gestores públicos na adoção de estratégias de intervenção, o sistema dá a conhecer o perfil epidemiológico das duas doenças na população.¹⁹

Mais recentemente, com o programa “Saúde não tem preço”, lançado em 2011, o governo federal incrementou a distribuição gratuita de medicamento (no total, 14 medicamentos para diabetes, hipertensão e asma). A gratuidade, de acordo com o Ministério da Saúde, acabou estimulando também a retirada dos outros itens disponibilizados com até 90% de desconto por meio do “Farmácia Popular”, que oferece, ao todo, 113 itens nas farmácias próprias e 25 nas conveniadas. Até julho de 2014 o programa havia beneficiado 7,5 milhões de diabéticos.²⁰

Noutra frente da atenção básica, a assistência laboratorial, o “Programa Mais Médicos” também ampliou o acesso ao tratamento adequado na atenção básica. O levantamento do Vigitel feito em municípios que receberam profissionais do programa mostrou que, em novembro de 2013, houve um crescimento de 14,4% no atendimento a pessoas com diabetes em comparação com o mês de junho do mesmo

¹⁸ HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. **Portal Brasil**, [s.d.]. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>>. Acesso em: 27 fev. 2015.

¹⁹ Em março de 2015, o Ministério da Saúde informava a descontinuidade do SIS/Hiperdia em função da entrada em funcionamento do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da AB em nível nacional, ação alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do MS: “A estratégia e-SUS faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico”. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

²⁰ GRATUIDADE DE MEDICAMENTOS BENEFICIA 14 MILHÕES DE PESSOAS. **Portal Brasil**, Brasília, 29 jul. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2013/02/gratuidade-de-medicamentos-beneficia-14-milhoes-de-pessoas>>. Acesso em: 03 mar. 2015.

ano, antes da chegada dos profissionais estrangeiros²¹.

1.2.3 A Norma Legal que Estruturou a Atenção à Diabetes

Somente em 2006, com a promulgação da Lei Federal 11.347, a atenção à diabetes começou a ser efetivamente estruturada no âmbito do SUS, dando aos doentes em todo o território nacional acesso à assistência integral: tratamento, medicamentos e insumos (BRASIL, 2006a). O país, enfim, projetava uma política pública para o enfrentamento da diabetes, conforme assegurou o então ministro da Saúde, José Gomes Temporão, na apresentação da publicação voltada para os profissionais de saúde:

Este Caderno de Atenção Básica traz o protocolo atualizado baseado em evidências científicas mundiais, dirigido aos profissionais de saúde da Atenção Básica, sobretudo os das equipes Saúde da Família, que poderão, com ações comunitárias e individuais, informar a comunidade sobre como prevenir a doença, identificar grupos de risco, fazer o diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica inclusive a medicamentosa, manter o cuidado continuado, educar e preparar portadores e famílias a terem autonomia no autocuidado, monitorar o controle, prevenir complicações e gerenciar o cuidado nos diferentes níveis de complexidade, buscando a melhoria de qualidade de vida da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 8).

Essa política nacional definiu o elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo SUS, descritos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), conforme a Portaria nº 2.475/GM, de 13 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006b); regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, segundo a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007a); e delegou à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios a responsabilidade de financiamento e execução dos programas e ações do SUS.

Revisto na Portaria 2.583, de 10 de outubro de 2007 (BRASIL, 2007b), o

²¹ O levantamento sobre os impactos do Programa Mais Médicos foi feito em 688 municípios onde atuavam 1.592 médicos.

elenco de medicamentos e insumos disponibilizados na rede de assistência aos portadores de diabetes mellitus incluiu: a) glibenclamida 5 mg comprimido; b) cloridrato de metformina 500 mg e 850 mg comprimido; c) glicazida 80 mg comprimido; d) insulina humana NPH – suspensão injetável 100 UI/mL; e e) insulina humana regular – suspensão injetável 100 UI/mL. Os insumos, destinados exclusivamente aos insulínodpendentes cadastrados no SIS/Hiperdia, incluíram: a) seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina; b) tiras reagentes de medida de glicemia capilar; e c) lancetas para punção digital.

Com a Portaria 4.217, de 28 de dezembro de 2010, o Ministério da Saúde definiu as normas de financiamento e execução da assistência farmacêutica ao diabético inscrito em programas de educação, depois revogada pela Portaria 1.555, de 30 de julho de 2013 (BRASIL, 2013b). Em 2011, o governo federal lançou o “Plano de ações para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis”, que incluiu medidas para a redução de casos e de mortes por diabetes. A meta era alcançar queda de 2% ao ano nas mortes prematuras provocadas por doenças crônicas, a partir da melhoria de indicadores relacionados ao consumo de álcool, alimentação inadequada, sedentarismo e obesidade, fatores considerados de risco para o diabetes. A iniciativa já apresenta resultados positivos. De acordo com o Vigitel 2013, pela primeira vez em oito anos as taxas brasileiras de sobrepeso e obesidade se estabilizaram, enquanto aumentaram os índices de atividade física e consumo recomendado de frutas e hortaliças e diminuiu ainda mais o número de fumantes entre a população acima de 18 anos – atualmente, apenas 11% dos brasileiros se dizem fumantes.²²

Agregado ao programa “Saúde não tem preço”, o governo federal aumentou o controle das doenças crônicas, incluindo a diabetes. O Ministério da Saúde avalia que a ampliação do acesso aos medicamentos contribuiu para a redução no número de internações de diabéticos no país que, entre 2010 e 2011, caiu de 148 mil para 145

²² BRASIL ESTABILIZA TAXAS DE SOBREPESO E OBSIDADE. **Portal Brasil**, Brasília, 30 jul. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/04/brasil-estabiliza-taxas-de-sobrepeso-e-obesidade>>. Acesso em: 03 març. 2015.

mil.²³ Com o Programa Mais Médicos, o número de consultas em todo Brasil a pessoas com diabetes aumentou cerca de 45% – passou de 587.535, em janeiro de 2013, para 849.751 em janeiro de 2014.²⁴

O já mencionado anúncio da retomada da produção nacional de insulina por meio de parcerias do laboratório público da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/Farmanguinhos) com o laboratório ucraniano Indar e com a empresa brasileira Biommm, feito em abril de 2013, também pode ampliar o controle de diabetes entre os brasileiros. Além de melhorar a assistência, o governo federal entende que a produção nacional de insulina, interrompida em 2001, confere ao Brasil autonomia e reduz a vulnerabilidade do país frente a potenciais crises internacionais de produção; Biommm produziria 50% da insulina distribuída no SUS.²⁵

A previsão inicial era de que o hormônio fosse fabricado a partir de 2014, colocando o país no pequeno grupo dos grandes produtores de insulina, ao lado de França, Dinamarca e Estados Unidos. Mas até a finalização da presente pesquisa, no início de 2015, a produção não havia sido iniciada. Em contato por *email* com a Farmanguinhos/Fiocruz, responsável pelo projeto, soubemos que a parceira para a produção da insulina encontra-se em fase de absorção de tecnologia no laboratório de bioprodutos, sem previsão de nova data. A instituição aguarda definições do Ministério da Saúde, mas assegura que

[...] durante este período de desenvolvimento, a insulina vem sendo produzida na Ucrânia através da tecnologia recombinante, já com a identidade visual de Farmanguinhos, a fim de garantir o fornecimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Informamos ainda que a PDP contempla a produção das insulinas NPH e R.²⁶

Continuando o movimento traçado a partir do “Plano de ações para o

²³ MS INVESTE EM AÇÕES PARA AUMENTAR EXPECTATIVA DE VIDA. **Portal da Saúde**, Brasília, ([2012?]). Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/profissional-e-gestor/vigilancia/links-vigilancia?start=135>>. Acesso em: 03 mar. 2015.

²⁴ Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/06/mais-medicos-aumenta-em-30-7-atendimento-a-diabeticos>>. Acesso em: 06 fev. 2014.

²⁵ MS, BNDES e Fiocruz investirão R\$ 430 milhões em fábrica para produzir insulina. **Agência Fiocruz de Notícias**, Rio de Janeiro, 25 abr. 2013. Disponível em: <<http://www.agencia.fiocruz.br/ms-bndes-e-fiocruz-investir%C3%A3o-r-430-mil%C3%B5es-em-f%C3%A1brica-para-produzir-insulina>>. Acesso em: 25 jan. 2014.

²⁶ A cópia da correspondência está disponível no Anexo A desta dissertação.

enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis”, o Ministério da Saúde publicou, em 19 de fevereiro de 2013, a Portaria GM/MS nº 252, que instituiu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. O propósito da rede é fortalecer e garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas através de mudanças na atenção aos adoecidos crônicos (BRASIL, 2013a). O artigo 4º da portaria aponta em seus incisos uma nova configuração da prestação de cuidado e uma abertura às questões de autocuidado, bem como a autonomia e o contexto do usuário na condução de seu tratamento.

Quais serão os impactos sobre a produção de cuidado e autocuidado para profissionais de saúde e diabéticos insulíndependentes, além da própria montagem da rede, não somente em termos formais e organizacionais, mas também de estabelecimento de *formas de relação heterogêneas*, extensas e com actantes os mais diversos? Não sabemos ainda os efeitos dessa legislação sobre a produção de cuidado dos trabalhadores do SUS e sobre suas relações com os adoecidos crônicos, mas talvez esta pesquisa possa já indicar alguns de seus indícios.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Esta pesquisa teve como objetivo geral entender as práticas e os sentidos de cuidado e autocuidado de pessoas vivendo com diabetes insulín dependentes no Sistema Único de Saúde, a partir da análise das políticas públicas, dos serviços, projetos e arsenal terapêuticos ofertados em uma rede de atenção secundária.

2.1.1 Objetivo Específico

Identificar e analisar a rede heterogênea de atores humanos e não humanos que, em articulação complexa, performam a diabetes na rotina de cuidados e autocuidados nos serviços de atenção especializada. Para tanto, foram analisados:

- ✓ os esforços de normalização e o arcabouço legal que define a política pública brasileira de atenção à diabetes;
- ✓ os protocolos de cuidado adotados pela instituição e os profissionais de saúde que lidam diretamente com o usuário adoecido por diabetes; e
- ✓ o modelo de transmissão da informação terapêutica e manuseio de insumos aos adoecidos por diabetes atendidos no serviço.

3 APORTES TEÓRICO-METODOLÓGICOS

3.1 DA ANTROPOLOGIA SIMÉTRICA À TEORIA ATOR-REDE

O aporte teórico basilar que orienta esta pesquisa ancora-se nos conceitos de “rede” e “híbridos” que sustentam a teoria ator-rede (TAR) desenvolvida pelo sociólogo francês Bruno Latour. Nas décadas de 1970 e 1980, com sua “antropologia das ciências”, que emergiu da inovação científica e da técnica, o autor estava interessado em estudar a produção da verdade nas sociedades contemporâneas. Para Latour, a ciência, assim como outras esferas do conhecimento, entre as quais o direito, era um campo crucial para o entendimento dessas sociedades.

Latour retoma, para tanto, o pensamento do filósofo David Bloor, que em 1976 iniciou um programa de investigação social com o objetivo de descobrir as causas que levam diferentes grupos sociais, em diferentes épocas, a selecionar determinados aspectos da realidade, e não outros, como objeto de estudo e explicação científica (FREIRE, 2006). Bloor denominou essa investigação de “programa forte”. Ele baseava-se na ideia de que qualquer estudo de sociologia ou história das ciências deveria considerar tanto o contexto social quanto o conteúdo científico, contrapondo-se, assim, ao que considerava como “programa fraco”, que por sua vez estava centrado na ideia de que bastava espalhar a “dimensão cognitiva” das ciências com uns poucos “fatores sociais” para o pesquisador ser chamado de historiador ou sociólogo das ciências (FREIRE, 2006). A partir daí, o trabalho dos cientistas passou a ser tomado como uma construção social, influenciada tanto pelos aspectos internos da própria comunidade científica como pelos externos, emanados da sociedade a que pertencem.

Para abordar esses dois aspectos, Bloor sugeriu, entre outros, o princípio programático da simetria, o que significava reconhecer que os mesmos tipos de causas devem explicar tanto as crenças valorizadas como verdade quanto as crenças rechaçadas, uma vez que não há diferença essencial entre verdade e erro. Ou seja, as explicações sociais, psicológicas e econômicas deveriam ser empregadas simetricamente, de modo a tratar, nos mesmos termos, os vencedores e os vencidos

da história das ciências. Desconfiando tanto da razão quanto da crença, ser simétrico passou a significar, para Latour, fazer uma sociologia que permitisse compreender por que os franceses, por exemplo, acreditam na astronomia da mesma maneira que acreditam na astrologia (FREIRE, 2006).

Esse princípio foi estendido por Latour às controvérsias e disputas que ocorrem na sociedade, propondo a partir daí um princípio de simetria generalizada, segundo o qual tanto a natureza quanto a sociedade devem ser explicadas por meio de um quadro comum geral de interpretação. Dessa proposição nasceu a antropologia simétrica latouriana, que postula que, além do erro e da verdade, também a natureza e a sociedade devem ser tratadas sob um mesmo plano e nunca separadamente, já que não há igualmente entre elas diferença em espécie (FREIRE, 2013). Dito de outro modo, não há, de antemão, o mundo das coisas em si de um lado e o mundo dos homens entre si de outro, pois natureza e sociedade são efeitos de redes heterogêneas. Ou seja, o princípio de simetria generalizada implica a explicação simultânea da natureza e da sociedade, sem hierarquias de uma sobre a outra, e não delegar exclusivamente à sociedade todo o peso da explicação dos fenômenos sociais. Com esse princípio, lembra Freire (2013), Latour propõe ultrapassar a separação entre os homens e as coisas, entre os humanos e os “não humanos”, uma vez que estes últimos só podem ser pensados em sua relação com os primeiros. Implica dizer que a quase totalidade das interações humanas são mediadas por objetos, como telefone, internet, carta, microfone, passaporte, máquinas, insumos e medicamentos para controle e prevenção de doenças, caso desta pesquisa. Nesse sentido, o social é uma rede heterogênea, constituída não apenas de humanos, mas também de não humanos, devendo ambos ser simetricamente considerados. Contrário a todo pensamento dualista, lembra-nos Freire (2013), Latour propõe em seus trabalhos uma abordagem pragmática que não seja centrada nem só no técnico, nem só no social, mas que seja capaz de respeitar a dinâmica não hierárquica e não linear de suas relações, negando assim a própria separação entre o “lado de dentro” e o “lado de fora” de qualquer locus (FREIRE, 2013).

3.2 SEGUINDO RASTROS, A PERSPECTIVA TAR

A metodologia desta pesquisa é a etnografia na perspectiva teórica de atores em contextos que produzem práticas, sentidos, formas e relações de cuidado e autocuidado (LATOUR, 2012), tanto no âmbito da saúde pública e de seus profissionais, quanto na dimensão cotidiana do portador de diabetes e de pessoas próximas dele (familiares, amigos), que formam sua rede de relações. Na perspectiva da teoria ator-rede, além desses atores humanos, são considerados os atores não humanos (denominados por Latour como actantes) que participam dessa rede produzindo e configurando a rotina de cuidados dos portadores de diabetes usuários de uma rede secundária de serviços públicos de saúde (Clínica de Especialidades 1, em São Bernardo do Campo, no ABC Paulista): medicamentos, tecnologias e procedimentos.

Nessa pesquisa partimos do método etnográfico construído por Bruno Latour em *Reassembling the social – an introduction to actor-network-theory* (2008). Realmente uma introdução à TAR, nessa obra o autor revisa e amplia seus conceitos sobre a metodologia de pesquisa do social partindo mesmo da crítica ao que seja o social e retomando também a questão da participação de atores não humanos na produção do conhecimento. Pereira e Rossi (2014), observam que na perspectiva latouriana não é atribuição do pesquisador dar explicações sobre o social; antes, importa delinear as conexões estabelecidas, uma vez que, sendo “[...] tantos os elementos em **fluxo**, não é possível enumerar totalmente os ingredientes que interferem numa situação social, devendo, o pesquisador, somente descrever cada conexão que se estabelece quando se registra algum **movimento**” (p. 490; grifos nossos). Dito de outro modo, aquilo que não tem fluxo/movimento, que é parado, inerte e, portanto, não interfere em nada e não responde à interferência de nada, não existe no contexto social. Nesse sentido:

Social é a relação que se estabelece e promove conexões diversas, o movimento de inter-relações, as associações; essas conexões sociais ocorrem entre seres humanos, influenciando e sendo influenciado pelo outro. As conexões sociais ocorrem também entre seres humanos e não humanos, quando fatos ou coisas não

humanas interferem na vida do ser humano (PEREIRA; ROSSI, 2014, p. 491).

Na interação com o(s) outro(s) o ator configura-se como **ator em ação** que forma “[...] uma rede de conexões, de múltiplas conexões, que faz do social a ciência da vida em conjunto. Tudo que age, que se movimenta, **deixa rastros, modifica o cenário por onde se movimentou**”, ressaltam Pereira e Rossi (2014, p. 491, grifos nossos).

Essa perspectiva é também a do próprio pesquisador: ao entrar no campo – por exemplo, numa observação participante – ele já está se conectando à rede existente e, muito provavelmente, produzindo interferências e relações, mediações, movimentos. Nas redes que formam o campo o pesquisador observa e é observado, interage e é performado pelas relações estabelecidas em função da pesquisa, notadamente em ambientes de práticas rígidas, como uma clínica médica, objeto deste trabalho. Nessa perspectiva, podemos entender os termos *performar* e *ser performado* como essas interferências e mediações e seus efeitos simétricos a partir das relações entre actantes.

Assim, ao pesquisador resta seguir os rastros, descrever as marcas deixadas pelo ator ou atuante. Para tanto, Latour redefine o social não como um domínio especial, uma realidade dada *a priori*, específica ou algo particular, “[...] mas como um movimento muito singular de reassociação ou de reagrupamento” (PEREIRA; ROSSI, 2014, p. 291). Nessa ancoragem latouriana, o social deixa de ter *status* de coisa visível para ser revelado pelos rastros deixados pelos movimentos no rumo das novas relações. Desse conceito derivam o termo “sociologia das associações”, ou “sociologia das inovações” (LATOUR, 2008), e o princípio metodológico fundador da teoria ator-rede: “seguir os próprios atores”, para aprender com eles, uma vez que o pesquisado sempre sabe mais sobre a sua própria vida e suas condições do que o pesquisador:

Relatar as novas associações que os atores fazem, para seguirem os seus caminhos, as novas ligações, as novas tramas dessa rede que se forma. Sempre sem tentar explicar nada e sem tomar a frente dos caminhos dos atores, apenas seguir os seus rastros (PEREIRA; ROSSI, 2014, p. 291).

Ao discutir o conceito de rede, Latour descreveu a extensa, complexa e heterogênea rede de relações que o vírus da aids estabelece e movimenta: “O menor vírus da aids nos faz passar do sexo ao inconsciente, à África, às culturas de células, ao DNA, a São Francisco [nos Estados Unidos]” (1994, p. 8). Para o autor, contudo, as formas clássicas da pesquisa social levam o pesquisador a uma forma de percepção e investigação fragmentada, uma vez que a análise é fatiada em uma extensa “rede” de pequenos compartimentos específicos. Para superar esse modelo, Latour propõe o seguimento de séries heterogêneas de elementos “[...] conectados por meio das redes em que eles veiculam, buscando descrevê-las em seus enredos, deixando-se levar pela multiplicidade de agenciamentos, fluxos e movimentos” (PEREIRA; ROSSI, 2014, p. 491). Para tanto, o autor postula também descrever associações e registrar os movimentos de grupo, que por sua vez só existe quando em movimento de aglutinação ou de mudança. Isso porque, entende Latour, o processo do grupo ou rede em formação interfere na vida das pessoas pertencentes ao grupo e daquelas com as quais se relaciona. Nesse sentido, avaliam Pereira e Rossi (2014), o agrupamento e a ação de agrupar, que promovem mudanças de rumos e de procedimentos, merecem ser seguidas pelo pesquisador: “Cabe ao pesquisador seguir os (...) actantes; seguir os passos e os caminhos traçados por eles, assim como a formiga faz a sua caminhada” (p. 491).

Tais actantes participam de mediações entre os participantes da rede, por sua vez atribuindo e dando sentidos vários aos objetos humanos e não humanos que a integram. Ao fim e ao cabo, influenciam e participam do social e, portanto, devem ser tratados e examinados de forma atenta por meio das ferramentas qualitativas de pesquisa. Nessa perspectiva, a presente dissertação fez uso da *observação participante* das cenas e encontros que se desenrolaram, em ato, durante o campo, lançando mão, em menor medida, de entrevistas semiestruturadas, em busca de apreender as redes heterogêneas e as complexas relações nelas tecidas, os discursos e as práticas construídas em torno do processo saúde-doença que operam o cuidado e autocuidado na atenção secundária à diabetes em um serviço público de atenção secundária à saúde.

3.2.1 Ontologias Múltiplas

Ao longo de sua obra, a filósofa holandesa AnneMarie Mol vem construindo um arcabouço teórico-metodológico calcado, entre outras perspectivas, na definição de ontologias múltiplas que definem as performances tecnocientíficas das realidades (SOUZA, 2012). Com uma abordagem teórica interdisciplinar crítica, Mol, sobretudo em *The body multiple: ontology in medical practice*, publicado em 2002, explora diferentes versões de uma doença, a aterosclerose,²⁷ a partir das práticas de cuidado adotadas em hospital da Holanda. Ressaltando que seu objetivo não são as evidências de distintas perspectivas e construções de uma única doença, mas sim as de intervenção e performance da realidade que elas produzem, Mol (2008, p. 7) explicita:

Em lugar de ser vista por uma diversidade de olhos, mantendo-se intocada no centro, a realidade é manipulada por meio de vários instrumentos, no curso de uma série de diferentes práticas. Aqui é cortada a bisturi, ali está a ser bombardeada com ultrassons; acolá será colocada uma balança e pesada; mas enquanto parte de actividades tão diferentes, o objecto em causa varia de um estágio para o outro. Aqui é um objecto carnudo, ali é um objecto espesso e opaco, além é um objecto pesado. Nas histórias de performance, a carnalidade, a opacidade e o peso não são atributos de um objeto único com uma essência escondida. Tão pouco é função dos instrumentos pô-los a mostra como se fossem vários aspectos de uma realidade única. Em vez de atributos ou aspectos, são diferentes versões do objeto, versões que os instrumentos ajudam a performar [*enact*]. São objetos diferentes, embora relacionados entre si. São formas múltiplas da realidade... da realidade em si.

Trata-se, conforme definido pela própria autora, de uma “filosofia empírica”, que confere importâncias desiguais para a teoria e a prática, “[...] na tentativa de subverter o alto capital simbólico da teoria nos textos acadêmicos [...]” (RANGEL, 2010, p. 325), mostrando, desse modo, de que maneira é possível construir uma narrativa sobre a dinâmica de uma doença – no caso da obra, a aterosclerose –, que

²⁷ Para não haver dúvidas, Mol trata da aterosclerose e não da arterioesclerose em *The body multiple*. São doenças cardiovasculares distintas.

coloca em evidência seus contextos, seus agentes, seus corpos, suas perspectivas, suas relações, seus instrumentos. Para Mol, é dessa dinâmica que “surge” a categoria aterosclerose. Dito de outro modo, para a autora é o conjunto de relações entre sujeitos e objetos da prática que configura a doença como tal, sendo, portanto, ela mesma a multiplicidade de aberturas que possibilitam as atribuições de sentidos, análises e configurações (RANGEL, 2010).

Mol (2008, p. 7) usa a anemia como exemplo de produção de diferentes versões de uma mesma doença.

A anemia deixou de ser o foco das controvérsias que incendeiam a investigação de ponta. No entanto, a pergunta “o que é a anemia?” não tem ainda resposta única ou estabilizada. Ou então, independentemente da resposta que possamos ouvir caso se ponha a questão, aquilo que acontece quando observamos o que é feito na prática é que a anemia parece ser performada de muitas maneiras diferentes.

Assim, a autora distingue três gêneros de performance da anemia. Primeiro no consultório, quando o paciente, em diálogo com o médico, expressa queixas, sintomas ou não. Depois ela é performada pelos técnicos de laboratório, que coletam o sangue, o acondicionam em recipientes adequados. Dessa forma, o conteúdo (sangue coletado) será performado pelo técnico de laboratório, extraindo dele a taxa de hemoglobina e, de acordo com o grupo a que pertence o paciente (homem, mulher, criança, grávida), faz uma comparação com os resultados das pesquisas estatísticas de sua incidência. Outro método é patofisiológico, o que permite descobrir também, em relação a cada indivíduo, a linha que demarca um nível de hemoglobina suficiente para transportar corretamente oxigênio pelo corpo e o nível anormal, quando este é muito baixo.

Dado o exemplo, Mol pondera que diferentes anemias performadas são diferentes realidades e versões da doença, diferentes ontologias: “Ontologias, note-se. A palavra tem agora que vir no plural. Porque, e trata-se de um passo fundamental, se a realidade é feita, se é localizada histórica, cultural e materialmente, também é múltipla. As realidades tornaram-se múltiplas” (2008, p. 9).

Tomando por base os principais pressupostos e conceitos propostos por Mol, destacamos as seguintes proposições de Moraes e Arendt (2013), que consideramos capitais para a argumentação que fazemos nesta pesquisa:

- a) Mol convoca as pesquisas em ciências sociais a darem uma guinada para a prática, isto é, propõe que elas se dediquem a investigar as práticas cotidianas. Nos casos em que se dedica a pesquisar as práticas cotidianas de viver com diabetes, com aterosclerose na perna, com anemia, entre outras doenças, a autora está em interlocução com outros autores, entre os quais o próprio Latour;²⁸
- b) ela tem em perspectiva que a realidade não é algo dado de antemão, mas, antes, efeito das práticas. Dito de outro modo, as práticas são performativas, isto é, fazem existir realidades;
- c) as realidades são múltiplas, heterogêneas e articulam sem cessar atores humanos e não humanos; e
- d) como consequência, para a autora, conhecer não é questão de representar o real, mas envolve engajar-se, manejar e interferir nas práticas, ali, no ponto em que elas formam realidades.

3.2.2 Noções de Cuidado e Autocuidado: a Disciplinarização dos Corpos

Iniciamos a discussão sobre *cuidado* desde uma perspectiva etimológica: a palavra vem do latim *cogitare*, que tem como sentidos *pensar* e *preocupar-se com*.²⁹ Ou seja, o cuidado sobre *o outro* (neste caso, o diabético insulínico dependente) encontra-se na perspectiva de estratégias e ações práticas que visam o controle de sua glicemia e mudanças de comportamento (LOPES, 2010). Tal ideia nos leva ao conceito de *normalização*.

Considerando Canguilhem³⁰ e Foucault (FOUCAULT, 2010; 1988; 1977), Castro (2009) aponta:

²⁸ Podemos também citar outros pesquisadores como Stengers (2006) e Law (2004).

²⁹ CUNHA, A. G. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Lexikon, 2010.

³⁰ Especialmente na obra *O normal e o patológico*, em que Canguilhem discute como o patológico define/performa o discurso de normalidade/saúde.

O exercício moderno do poder é (...) fundamentalmente, da ordem da normalização dos indivíduos e populações (...). Na formulação dessa modalidade de exercício de poder, a medicina desempenhou e desempenha um papel fundamental (...). Não são os códigos que regem a sociedade, mas a distinção permanente entre o normal e o patológico a tarefa perpétua de restituir o sistema de normalidade (p. 299).

A medicina, forma de saber-poder, e as políticas de saúde pública participam da constituição de sujeitos, de sua subjetivação, através do ajuste de seus comportamentos (FOUCAULT, 2010; 1988; 1977). Os fundamentos da prática do cuidado do ponto de vista médico, da ciência e do Estado (FOUCAULT, 1977), tomados, na contemporaneidade, como parâmetros dominantes na gestão da saúde dos adoecidos crônicos, firmam um cuidado como valor presente na cultura. As práticas de saúde guiadas pela racionalidade científica estendem uma visão normativa que vai do corpo à vida. Esses parâmetros avaliam a expressão e a experiência de adoecimento por meio de uma interpretação *a priori* de normalidade ou patologia (CANGUILHEM, 2002).

Nessa mesma perspectiva, recorremos, ainda, ao conceito foucaultiano de disciplina, que, submetida à norma capitalista, carrega dois sentidos: um positivo, para gerar indivíduos produtivos e capazes; outro de docilização, para que eles se submetam a esta norma. Segundo Foucault (1999), no modo de produção capitalista, as formas de coerção passaram a ter um caráter abrangente e coletivizado, com aperfeiçoamento dos mecanismos de controle e sujeição, que ele denomina de biopoder:

Este biopoder, sem a menor dúvida, foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos. (p. 132).

O biopoder é, como acentuam Kovalesski, Freitas e Botazzo (2006), as diversas formas de controle e intervenção sobre a população por meio de um conjunto de “aparelhos de Estado”, estruturados no final do século 18, mas “[...]”

presentes nas novas instituições: na família, no exército, na escola, na polícia, **na medicina individual** ou na **administração das coletividades**” (p. 99; grifos nossos). Essas normas, postulam os autores, atuam sobre os indivíduos, não são fixas e dependem, concomitantemente, do contexto social e do grau de sujeição do indivíduo; não necessitam de uma lei escrita para serem seguidas, mas de uma técnica ou um saber que guie a ação humana numa sociedade concreta, referindo-se a homens concretos e em função dos fins. Dito de outro modo, as relações de poder só existem em ato e no campo de possibilidades próprias dos jogos de relações entre sujeitos ou grupo ativos, “livres” (MELO, 2013).

Nesse sentido, os programas de saúde pública voltados para os portadores da diabetes estão assentados em “[...] estratégias de abordagem (...) nos seguintes componentes: educação, modificação no estilo de vida (reorganizar hábitos alimentares, manter peso adequado, praticar regularmente atividades físicas) e uso de medicamentos [...]” (BARSAGLINI, 2011, p. 76). O autor entende que o componente “educação” refere-se, essencialmente, à motivação que deve ser “dada” aos pacientes para que sigam o tratamento recomendado, submetendo-os, portanto, às intervenções biomédicas e ao saber que as orienta. O recurso à noção de estilo de vida sugere um nexo entre enfermidade e hábitos cotidianos dos pacientes. Isso indica uma herança discursiva de saberes e comportamentos dos agentes de saúde em que a “[...] higiene e medicina legal, da qual a saúde pública parece ainda não ter podido libertar-se, se reitera por vezes em certas políticas atuais dirigidas ao controle das consideradas populações e condutas de risco [...]” (CAPONI, 2003, p. 65).

Melo (2013) corrobora, observando que a “[...] sociedade atual tem convivido com uma noção de saúde *aliquid*, ou seja, a saúde “coisa”, um valor, um bem de consumo a ser possuído no “mercado” biotecnológico, do *fitness*, da medicina estética, dos alimentos *diet* e *light* e das grifes” (p. 217). O autor pontua que há um enfoque no sujeito autônomo e individual e no seu estilo de vida, calcado em um “imperativo moral” que tem transformado a educação em saúde pública em ferramenta dos gestores “[...] na luta contra os ‘vilões’ do bem-estar” (p. 217).

No caso dos portadores de diabetes, a adoção do controle glicêmico e do arsenal terapêutico para o controle da doença implica aceitação de normas biomédicas, seus parâmetros e procedimentos – medicamentos e uso de insumos.

Significa aceitar-se como diabético insulínico dependente e reconhecer novas percepções e reações do corpo frente às mais diversas situações cotidianas. E, a partir delas, instaurar novos comportamentos que façam frente às novas demandas corporais, que exigem sua avaliação e decisões. Dito de outro modo, o controle glicêmico dependerá, a partir dessa aceitação, do uso da razão e da consciência do corpo e não mais unicamente do sistema nervoso autônomo. Comportamentos serão afetados e uma nova ordem de sentido simbólico e cultural surgirá e, a partir dela, então os sujeitos construirão os conteúdos significativos sobre sua existência (CAMPOS, 2009).

Ancorados nesse pressuposto, entendemos que esses actantes afetam o conjunto das relações sociais nas quais o indivíduo está envolvido e, portanto, performam a maneira pela qual os insulínico dependentes abordam a doença crônica, como a explicam, vivenciam e com ela convivem; como se relacionam com os profissionais da saúde e com os elementos necessários ao cuidado.

Nessa perspectiva, a noção de cuidado aqui adotada, e conforme o desejo expresso na apresentação deste trabalho, de fazer uma pesquisa de sujeitos em relação com o pesquisador, permite ampliar o sentido das práticas de saúde para além de seu caráter instrumental (PAIVA; MARTINS, 2014). Nesse sentido, considerando os apontamentos dessas duas autoras, o “como fazer” o cuidado deve, necessariamente, dialogar com o “que fazer”, para então “[...] designar o cuidado que se apresenta no encontro entre os sujeitos (...) que se reconstroem continuamente e que podem, de forma ética, estética e afetiva decidir de forma partilhada modos de viver” (p. 296).

É essa relação intersubjetiva, observa Ayres (2011), que o cuidado é fundado, sendo, por isso, mais que uma produção, que um tratamento, que a busca pela cura ou controle da doença, mas sim uma resposta social aos diversos desafios do campo da saúde. Paiva e Martins (2014, p. 296), ancoradas na perspectiva de categoria ontológica de Ayres (2011), tomam cuidado como ação que molda as diversas formas de existência, as identidades que estão sempre em construção, em movimento, no e pelo ato de viver, que se concretiza na presença e interação com o outro. É no encontro que se define a identidade.

Evidentemente, essa prática, ainda que desejada, não foi a encontrada no percurso de pesquisa. Apesar disso, ela foi a bússola da avaliação da produção de cuidado entre profissionais de saúde e aqueles que a buscam, bem como na discussão dos achados.

Outra noção essencial para esta pesquisa diz respeito a autocuidado. Na vasta literatura acadêmica acerca do tema, uma marca importante da produção é a polissemia, naturalmente influenciada pelas caixas de ferramentas teóricas e de práticas de seus autores, sejam eles pesquisadores das ciências sociais ou do campo da saúde, sejam eles profissionais da área ou pesquisadores e profissionais do cuidado. Um dos sinônimos de autocuidado utilizado na antropologia médica, sobretudo no que diz respeito a doenças crônicas, particularmente a diabetes, é **gerenciamento**. Conforme Barsaglini (2011, p. 156):

Esse processo, denominado gerenciamento, refere-se às ações empreendidas pelos adoecidos para controlar o diabetes e viver tão normalmente quanto possível, o que não exclui que tais medidas se orientem, em parte, por representações sobre o diabetes e seu manejo. O controle é uma categoria central na experiência de ser diabético, significando uma forma de viver com o diabetes relacionada aos ajustamentos efetivados para esse fim (...) e à autorregulação. Do ponto de vista médico, o gerenciamento do diabetes assenta-se em um padrão genérico que inclui o uso de medicação, mudança de comportamentos (com ênfase na dieta e exercícios físicos) e monitoramento da taxa de glicemia [...]

Aparentemente, gerenciamento e sua definição parecem se adequar a uma ideia de autocuidado e poderia, nesse sentido, até caber como sinônimo de vida do adoecido crônico, em especial do portador de diabetes. Contudo, o trecho citado parece homogeneizar tanto a doença quanto a sua condução. E também atribuir unicamente ao portador a condução do autocuidado, sem considerar suas relações com outros actantes. O autocuidado não é absolutamente solitário e sempre está inserido em uma rede complexa e heterogênea em que sua produção é performada, no caso desta pesquisa, familiares e amigos; glicosímetro, insulinas NPH e R; a clínica de especialidades e a unidade básica de saúde onde o paciente retira seus insumos; os profissionais (enfermeiros, médicos, nutricionistas, atendentes, recepcionistas) do equipamento de saúde que se relacionam com ele. O portador de

diabetes não é a doença, ou melhor, não é somente ela. Esta condição (a diabetes) o leva a participar das mais variadas redes, em interação com diferentes atores (actantes) que o performam e o tornam sujeito múltiplo. Dito de outro modo, não há um diabético unívoco, não ambíguo, manejável (gerenciável) por meio de um único sentido, uma única interpretação.

Nessa perspectiva da multiplicidade, heterogeneidade e complexidade, proponho uma (re)definição de cuidado e autocuidado, que aporte e comporte várias práticas, experiências, saberes (inclusive o biomédico) e actantes (incluídos aqui saúde pública, tecnologias e medicamentos como performadores de atores em ação), em constante fluxo, manejo e mudança, a serviço de um projeto terapêutico singular, construído com o portador e vários interlocutores e redes

3.3 METODOLOGIA

3.3.1 Observação Participante

A observação participante foi realizada na Clínica de Especialidade 1, em São Bernardo do Campo, descrita no próximo capítulo desse trabalho. Desde a primeira cena de campo, à porta da clínica, em 16 de julho de 2014, ocorreu o trabalho de observação e registro em diário de campo da organização social e das práticas dos sujeitos ali presentes, os actantes. O trabalho de observação e registro exige uso atento dos sentidos (ver e ouvir), da memória e de ferramentas de codificação das cenas e eventos ocorridos.

É consenso na literatura que para existir a observação participante é necessário “inserir-se” na organização social e de práticas dos outros, fazer parte daquela rede, para ver de dentro, tornar-se um dos outros. Mas como fazê-lo? Assim, o primeiro passo foi a minha inserção na instituição por meio das profissionais de saúde responsáveis pela condução do cuidado aos portadores de diabetes (a diretora da unidade, uma enfermeira, duas nutricionistas e duas médicas). Um segundo importante passo foi a minha permanência na clínica de especialidades por longos períodos, observando a execução das práticas de cuidado e seu acompanhamento,

fazendo-me assim reconhecido como pesquisador pelos profissionais de saúde e usuários do serviço. Nessa configuração, no primeiro momento eu mesmo fui objeto de estranhamento e os outros me observavam e avaliavam sempre. Mas, progressivamente, me senti cada vez mais como membro daquela rede, um outro (actante) e pesquisador. Surgiu daí certo acolhimento e relações menos distantes, tanto dos produtores de cuidado quanto dos usuários do serviço.

Desde o início da minha inserção no ambiente da clínica busquei seguir as recomendações da observação participante adequadas aos contextos vividos. Tais “mandamentos” foram relacionadas por Lícia Valladares (2007), a partir de sua leitura do clássico da antropologia *Sociedade de esquina: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada*, de William Foote Whyte, publicado no Brasil em 2005.

A produção das notas etnográficas ou diário de campo obedeceu às recomendações de Spradley (1971) apud Melo (2013a, p. 98): “[...] o diário de campo deve conter o registro das experiências, ideias, medos, confusões, avanços e descobertas e problemas que surgem no trabalho de campo.”

3.3.2 Entrevistas Semiestruturadas

Outra ferramenta metodológica utilizada no trabalho de campo foi a entrevista semiestruturada, que combina perguntas fechadas e abertas, possibilitando ao entrevistado narrar suas experiências sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. Fenômeno de aproximações sucessivas da realidade, que viabiliza uma combinação particular entre teoria e dados (MINAYO, 1994), esse instrumento permite o estabelecimento prévio de uma série de perguntas de fundo, orientadoras da coleta, mas suficientemente flexíveis para o surgimento de novas questões e dados.

O desenho inicial da pesquisa incluía um grupo de perguntas de fundo (pré-roteiro), elencadas adiante, que deveriam ser feitas aos portadores insulino-dependentes que aceitassem participar da pesquisa e aos profissionais de saúde envolvidos no cuidado a estes usuários. Essas perguntas foram elaboradas tendo em vista a expectativa de que a observação participante e a presença do

pesquisador no campo as modificassem, ao mesmo tempo que suscitassem novas questões a partir das interações e relações estabelecidas na rede de actantes. Contudo, foi possível realizar apenas uma entrevista em profundidade com um usuário do serviço. No caso dos profissionais de saúde, as entrevistas configuraram-se como conversas, realizadas com uma enfermeira, duas nutricionistas e duas médicas, integrantes da equipe responsável pela atenção aos usuários diabéticos.

A dinâmica do atendimento da clínica, a falta de espaço privado e a interferência constante dos profissionais de saúde, a condução do fluxo de usuários pela clínica e as próprias necessidades de cuidado e atendimento, além dos compromissos pessoais fora clínica, impediram uma abordagem mais profunda e um tempo maior de conversa/contato. De qualquer maneira, as intervenções/empecilhos gerados na relação com os profissionais, algumas das quais narradas no capítulo 6 como eventos etnográficos, são passíveis de análise e reveladores das práticas entre si dos profissionais da rede e com os usuários. Não tendo espaço, tempo e muitas vezes condições ambientais, tive de criar uma rápida conversa nos ambientes de espera dos usuários (bancos localizados no segundo e terceiro andares da clínica). Uma dinâmica favoreceu as rápidas conversas com os pacientes: após o atendimento com a enfermeira, os pacientes retornavam algum tempo depois para consultarem-se também com as nutricionistas ou endocrinologistas em seguida. Retornavam para acertar algum detalhe de cuidado resultante das demais consultas com a enfermeira. Assim, eu podia mais uma vez conversar, ainda que rapidamente. Isso permitiu completar conversas ou mesmo aprofundá-las.

Nesse cenário foram realizadas 64 “entrevistas-conversas rápidas”, em média com cinco minutos de duração (49 mulheres e 15 homens). Do total de mulheres, sete tinham mais de 60 anos e somente quatro tinham menos de 18 anos. Os homens eram todos adultos, entre 18 e 60 anos.

O roteiro que segue orientou as conversas e foi guia da única entrevista em profundidade.

- ✓ Como é sua rotina diária de autocuidado (horários, atividades, emprego de medicamentos)?

- ✓ Qual a participação do seu círculo de familiares, amigos e profissionais de saúde nessa rotina?
- ✓ Como é ser insulínodépendente? Como foi sua adaptação a essa condição quando recebeu o diagnóstico?
- ✓ Foi difícil acostumar-se a um novo regime alimentar, contagem de carboidratos, adoção de horários para medicação? É difícil estimar a quantidade de carboidratos das refeições que você faz?
- ✓ Como você lida com a insulina NPH e a insulina R? Foi orientado pelos médicos e/ou profissionais de saúde sobre o uso da medicação? Como avalia essa orientação?
- ✓ Você retira medicamento na Unidade Básica de Saúde, ou os compra?
- ✓ Quais os problemas que você enfrenta em seu controle glicêmico? São comuns a hiperglicemia e a hipoglicemia? Se sim, como ocorrem?
- ✓ Você anota seus índices glicêmicos medidos pelo glicosímetro? E toma decisões com base nesses valores? De que forma? Você consegue perceber como está sua glicemia usando outros recursos (seus sentidos, contagem de carboidratos das refeições por meio de tabelas nutricionais) que não o glicosímetro?
- ✓ Como você encara sua ida às unidades públicas de saúde em busca de medicamentos/insumos (tiras reagentes para glicosímetro, seringas descartáveis, caixas de papelão para acondicionamento de seringas usadas), para avaliação da glicemia e aplicação de remédios?
- ✓ Como você sente a abordagem dos profissionais de saúde – médicos, enfermeiros e farmacêuticos – no que diz respeito à orientação e ao esclarecimento de dúvidas sobre o controle da glicemia e uso dos seus recursos?

As conversas eram mais livres com os profissionais de saúde. Com as médicas foram discutidos os protocolos de saúde adotados, a relação com as nutricionistas e a enfermeira e eventual movimento para criar um protocolo específico para a endocrinologia da própria clínica. Também a questão da referência/contrarreferência com médicos das unidades básicas de saúde foi questionada, bem como as relações com pacientes e como era seu atendimento durante a consulta. Às nutricionistas foi questionado especificamente sobre sua

participação nas aulas de orientação de cuidados junto com a enfermeira responsável pela ação, a questão das dietas e a contagem de carboidratos. Com a enfermeira, a conversa foi mais extensa e envolveu o acompanhamento de aulas, do atendimento em consulta, as fontes de conhecimento das aulas, como se deu a aproximação entre a equipe da clínica e a “condutora” das aulas com tabuleiros, vinda da indústria farmacêutica, e orientações de cuidados, relações com portadores e fluxos da atenção básica para a clínica, regulação e referência/contrarreferência.

4 O CAMPO DE ESTUDO

São Bernardo do Campo é uma das sete cidades que integram a Sub-Região Sudeste da Grande São Paulo – que inclui ainda Santo André, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra.³¹ O município corresponde a 49% da superfície do Grande ABC; 5% da Grande São Paulo e 0,2% do estado de São Paulo.³² A última estimativa do IBGE,³³ de 2014, apontou uma população de 811.489 habitantes, distribuída em uma área de 409,05 km². A população é quase inteiramente urbana (98,4%), com densidade de 1.972,6 habitantes por km², em 2013,³⁴ contida em 28,9% do seu território. Possui uma área rural e de proteção ambiental expressiva, 52,5% de seu território, que corresponde a uma parte do núcleo Pilões do Parque Estadual da Serra do Mar, onde estão situados dez bairros, entre os quais Tatetos, Alto da Serra e Capivari.

O município teve como principal atividade econômica, a partir da segunda metade do século XX, as indústrias automobilística, metalúrgica, moveleira, química e de autopeças, sendo o berço do moderno movimento sindical brasileiro dos anos 1970 – que revelou para o Brasil o sindicalista Luiz Inácio Lula da Silva, posteriormente presidente da República nos anos 2000. Hoje, a atividade industrial ainda tem importância econômica, mas o setor de serviços cresceu consideravelmente e responde por 44,4% do Produto Interno Bruto (PIB) de São Bernardo do Campo, que foi de R\$ 35.583,49 milhões em 2010. A renda *per capita*

³¹ SÃO PAULO (Estado). Lei Complementar n. 1.139, de 16 de junho de 2011. Reorganiza a Região Metropolitana da Grande São Paulo, cria o respectivo Conselho de Desenvolvimento e dá providências correlatas. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/2011/lei.complementar-1139-16.06.2011.html>>. Acesso em: 11 dez. 2014.

³² LIMA, A. **Como nasce uma comunidade**. São Bernardo do Campo: clube de Autores, 2012. Disponível em: <https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=bNgKVdbvDJKq8wfmq4HAAQ#q=49%25+da+superf%C3%ADcie+do+Grande+ABC%3B+5%25+da+Grande+S%C3%A3o+Paulo+e+0%2C2%25+do+estado+de+S%C3%A3o+Paulo>. Acesso em: 12 jan. 2015.

³³ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Nota Técnica - Estimativas da população dos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/analise_estimativas_2014.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2015.

³⁴ SÃO BERNARDO DO CAMPO EM NÚMEROS. Disponível em: <<http://www.saobernardo.sp.gov.br/a-cidade-em-numeros>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

mensal, em valores correntes, foi de R\$ 944,67 no mesmo ano.³⁵ No Quadro 1, temos uma ideia do perfil socioeconômico e da desigualdade existente no município a partir da renda domiciliar *per capita*, medida em salários mínimos.³⁶

Quadro 1. Domicílios por classe de rendimento domiciliar nominal mensal *per capita*, em salários mínimos.

Salário mínimo	Domicílios	%
Até 1/2	29.531	12,3
Mais de 1/2 a 1	54.271	22,7
Mais de 1 a 2	68.158	28,5
Mais de 2 a 3	30.120	12,6
Mais de 3 a 5	25.819	10,8
Mais de 5 a 10	16.427	6,9
Mais de 10	4.262	1,8
Sem rendimento	10.566	4,4
Sem informação	182	0,1

Notas: salário mínimo utilizado: R\$ 510,00; a categoria “Sem rendimento” inclui os que recebiam somente em benefícios sociais.

Fonte: São Bernardo do Campo (2012).³⁷

Em 2010, 63,5% dos domicílios são-bernardenses tinham renda de até dois salários mínimos – a linha de pobreza definida pelo Pnad/IBGE é de meio salário mínimo por família.³⁸ Cerca de metade dos domicílios (50,3%) tem de 3 a 4 pessoas residentes.³⁹

A exemplo do que vem ocorrendo em outras cidades brasileiras, o município também passou por intenso processo de transição demográfica a partir da década de 1980, em função da redução progressiva nas taxas de natalidade e mortalidade, com consequente aumento na expectativa de vida, além da diminuição dos movimentos migratórios. Enquanto nos anos 1980 a porção mais larga da pirâmide populacional

³⁵ FUNDAÇÃO SEADE. **Retratos de São Paulo**. Disponível em:

<<http://produtos.seade.gov.br/produtos/retratosdesp/view/index.php?temaId=2&porTema=t rue&locId=3548708&busca=>>. Acesso em: 10 de jan. 2015.

³⁶ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354870>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

³⁷ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Nota Técnica - Estimativas da população dos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/analise_estimativas_2014.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2015.

³⁸ *Pobreza*: conceitos, mensuração e enfrentamento no Brasil. Disponível em:

<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/DESIG UALDADES_SOCIAIS_E_POBREZA/POBREZA_CONCEITOS_MENSURACAO_E_ENFRENTAMENTO_NO_BRASIL.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2014.

³⁹ Idem nota 37.

estava na faixa etária de 0-4 anos (alto índice de natalidade com predomínio de população jovem, típico de países não desenvolvidos), em 2008 já havia predomínio de adultos, por vários fatores, entre os quais a urbanização, acesso a métodos contraceptivos, melhoria da renda e queda na taxa de nascimentos. Assim, houve uma diminuição no número de crianças, adolescentes e jovens (menores de 18 anos) e aumento das populações adulta (entre 18 e 65 anos de idade) e idosa (superior a 65 anos). Em São Bernardo do Campo o índice de envelhecimento (número de pessoas de 60 ou mais anos de idade para cada 100 pessoas menores de 15 anos) é de 61,54% – acompanhando a média do estado de São Paulo, que é de 64,32%,⁴⁰ mas acima da brasileira, 51,8% em 2011⁴¹ –, correspondendo à população com 60 anos ou mais a 11,93% do total do município.⁴²

Em São Bernardo do Campo, as mulheres são a maioria (em 2010, a razão entre os sexos era de 93,4 homens para 100 mulheres). Essa diferença aparece em todas as faixas etárias da idade adulta (20 anos e mais), acentuando-se a partir dos 60 anos e mais (em 2010, por exemplo, eram 33.308 homens para 44.530 mulheres),⁴³ indicador que reafirma a tese de que a longevidade é maior entre a população feminina. O envelhecimento populacional também gera demandas de saúde específicas, sendo o controle e o tratamento da diabetes mellitus de interesse particular a presente pesquisa.

Nesse sentido, o índice de alfabetização da população de idosos do município é particularmente importante. Embora 97,1% dos são-bernardenses sejam alfabetizados, a maioria dos 2,9% de habitantes analfabetos concentra-se na faixa etária de 60 anos e mais (42,1%), muitos dos quais diabéticos tipo 2, que provavelmente têm dificuldades em controlar os índices glicêmicos através do glicosímetro – tema que será abordado em profundidade na discussão deste trabalho.

⁴⁰ FUNDAÇÃO SEADE. **Perfil municipiap**. São Bernardo do Campo, 2014. Disponível em: <<http://produtos.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

⁴¹ ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA AUMENTA, DIZ IBGE. **Brasil Econômico**, 28 nov. 2012. Disponível em: <http://brasileconomico.ig.com.br/ultimas-noticias/envelhecimento-da-populacao-brasileira-aumenta-diz-ibge_125393.html>. Acesso em: 17 jan. 2015.

⁴² Idem nota 37.

⁴³ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354870>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

4.1 A SAÚDE SÃO-BERNARDENSE: BREVE PERFIL E ALGUNS INDICADORES

Com percentuais satisfatórios de cobertura de abastecimento de água (98%), esgotamento sanitário (89%) e coleta de lixo (99,8%), São Bernardo do Campo tem indicadores positivos na área da saúde, especialmente os relacionados às doenças ligadas ao saneamento básico.⁴⁴

Sob o comando do médico sanitário Arthur Chioro – secretário de Saúde do município entre 2009 e final de janeiro de 2014, quando assumiu o Ministério da Saúde – a cidade promoveu uma ampla reorganização da sua rede de serviços de saúde, com foco prioritário na atenção básica,⁴⁵ a partir da qual a área de atenção especializada tornou-se chave de ordenação

[...] por fazer a ponte entre vários pontos assistenciais. Na perspectiva de garantir a integralidade, a rede especializada é formada por serviços próprios do município e contratados, que funcionam com porta regulada a partir das necessidades sentidas em outros pontos do sistema (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2009, p. 43).

Quadro 2 – Estabelecimentos e equipes da rede básica municipal, São Bernardo do Campo.

Unidade	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Unidades básicas de saúde (UBS)	31	32	32	32	32	32	34
ESF (equipes)	16	21	45	65	91	102	120
EACS (nº de agentes)	314	314	975	1115	1115	1115	1115
Equipe de Saúde Bucal	0	0	19	23	45	63	77
Centro Especialidades Odontológicas	1	1	1	1	1	1	1

Fontes: São Bernardo do Campo (2012); MS/SAS/Departamento de Atenção Básica

⁴⁴ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354870>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

⁴⁵ SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO. **Redes de atenção em saúde: a experiência de São Bernardo Do Campo**. 2013. Disponível em: <http://site.qualihosp.com.br/mac/upload/arquivo/Thiago_Sacoma.pdf>.

Desde então, atuando sob o modelo de rede de atenção à saúde (RAS),⁴⁶ o município coloca em contato os vários pontos da atenção à saúde, por meio do apoio matricial e clínico, que passou a ser um importante dispositivo na gestão da integralidade do cuidado. Para tanto, a Secretaria de Saúde investiu na reestruturação e ampliação do acesso às especialidades médicas em centros regionais distribuídos estrategicamente por diferentes regiões da cidade, o que propicia não só uma maior integração com a rede básica de saúde como qualifica e racionaliza o encaminhamento de casos de maior complexidade às unidades especializadas de referência municipal e extramunicipal.

Nessa perspectiva, as unidades centrais de especialidades acabam concentrando os serviços mais tecnológicos ou cuidados muito específicos. Por conta disso, novas unidades de atendimento foram construídas; foi ampliado o número de profissionais nas unidades de saúde, equipes de saúde da família, de saúde bucal, de proteção à saúde, de vigilância epidemiológica e de agentes comunitários e nas redes de saúde mental, hospitalar e de urgência e emergência. Para tanto, em 2011 foram investidos em saúde mais de R\$ 610 milhões (21,1% dos quais municipais, acima, portanto, dos 15% definidos pela Emenda Constitucional 29/2011), o maior orçamento da história são-bernardense (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2012).

Entre outros ganhos, a nova forma de atuação levou São Bernardo do Campo a reduzir em 27,5% a mortalidade infantil, entre 2010 e 2011: taxa de óbitos por mil nascidos vivos passou de 13,62 para 9,8. Pela primeira vez na história da cidade o índice ficou em um dígito (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2012).

⁴⁶ Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010 – Portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

Quadro 3 – Indicadores de saúde de São Bernardo do Campo: 2011, 2012 e 2013.

Taxa de natalidade (por mil habitantes)	2012	Taxa por mil habitantes	14,32
Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)	2012	Por mil nascidos vivos	9,28
Taxa de mortalidade (Por mil habitantes)	2011	Por mil habitantes	5,20
Mães adolescentes (com menos de 18 anos)	2011	Percentual (%)	5,23
Mães que tiveram sete e mais consultas de pré-natal	2011	Percentual (%)	81,13
Partos cesáreos – SUS (Em %)	2012	Percentual (%)	37,09
Nascimentos de baixo peso (menos de 2,5kg) (em %)	2011	Percentual (%)	9,32
Gestações pré-termo (em %)	2011	Percentual (%)	9,63
População cadastrada em UBS	2013	Pessoas	527.573
Agentes comunitários de saúde (Em %)	2013	Agentes	989
Equipes de saúde da família (ESF)	2012	Equipes	91

Fonte: São Bernardo do Campo, 2012

4.1.1 Diabetes no Centro da Atenção

Como em outras localidades submetidas ao processo de transição demográfica, em São Bernardo do Campo as doenças do aparelho circulatório são hoje a principal causa de óbitos, seguidas pelas neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas. Excetuando-se as internações originadas pela gravidez, parto e puerpério, as causas relacionadas ao aparelho circulatório figuram persistentemente como as principais responsáveis pelas internações hospitalares de residentes do município.⁴⁷ Por conta disso, e a exemplo do que ocorre em outros municípios e nas esferas estadual, nacional e internacional, em São Bernardo do Campo o discurso oficial defende a priorização da atenção às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), reconhecidas como importantes causas de morbimortalidade na população geral, cujo controle representa um grande desafio para a saúde pública.

No escopo dos objetivos do presente trabalho, destacamos a participação da diabetes mellitus no cenário das DCNT registradas em São Bernardo do Campo. Em seu “Plano Municipal de Saúde” (2010), junto com as doenças cardiovasculares, a DM é apresentada como responsável por altas taxas de mortalidade, por

⁴⁷ As principais causas de internação, no ano de 2008, foram: gravidez, parto e puerpério; doenças do aparelho circulatório; doenças do aparelho respiratório; doenças do aparelho digestivo; lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas; neoplasias

significativos custos sociais e gastos com internações hospitalares e reabilitação, indicando

[...] a necessidade do estabelecimento de políticas públicas eficientes para que se alcance a melhoria nos indicadores relacionados a estas causas, especialmente quando se considera a etiologia multifatorial envolvida no desenvolvimento de tais condições de saúde (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2009, p. 27).

Em 2008, de acordo com o mesmo documento, a morbidade hospitalar por diabetes foi de 5,03 internações por 10.000 habitantes, enquanto as taxas de internação foram 5,15 (homens) e 4,92 (mulheres) por 10.000 habitantes e o coeficiente de mortalidade de 12,49 por 100.000 habitantes.

Sem deixar de lado o discurso da promoção da saúde calcada na adoção de estilos de vida saudáveis como fio condutor das ações relacionadas ao controle das doenças crônicas (a DM incluída), a prefeitura de São Bernardo do Campo segue investindo na ampliação e melhoria da infraestrutura dos cuidados em saúde de média e alta complexidade. Nessa perspectiva, conseguiu aprovar junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) um empréstimo de US\$ 80,05 milhões,⁴⁸ que serão investidos na expansão do acesso e da qualificação dos serviços de saúde especializados, integrados com a atenção primária, o que contribui para a consolidação do modelo baseado na RAS.

No âmbito das DCNT, a expectativa dos atuais gestores é que o recurso liberado pelo BID auxilie no esforço de redução dos indicadores de morbimortalidade e de morte prematura de pessoas abaixo dos 60 anos, além de ajudar a diminuir a taxa de hospitalizações evitáveis, como resultado do fortalecimento das RAS. Nessa perspectiva, a maior parte do empréstimo será destinada à construção e à aquisição de equipamentos para o novo Hospital de Urgências; à construção de uma nova policlínica e aquisição de equipamentos para as três já existentes; e à recuperação da

⁴⁸ Proveniente de capital ordinário, o financiamento tem prazo de amortização de 25 anos, período de carência de 5,5 anos e taxa de juros baseada na Libor. A contrapartida local é de US\$ 80,05 milhões, para um custo total de US\$ 160,1 milhões. O órgão executor é o município de São Bernardo do Campo, com respaldo do governo federal. BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO. *Brasil melhorará o estado de saúde da população do município de São Bernardo do Campo*. Disponível em: <<http://www.iadb.org/pt/noticias/comunicados-de-imprensa/2014-12-19/melhora-da-saude-em-sao-bernardo-do-campo,11041.html>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

infraestrutura e aquisição de equipamentos para o Hospital da Mulher (HM). Essa estrutura é responsável pelo cuidado contínuo, integral e eficaz do paciente, por meio da organização racional dos níveis de atenção e de esquemas claros de referência e contrarreferência. No projeto aprovado, o município assegura que o programa apoiará todo o processo de organização, validação e implementação de linhas de atendimento que garantam as condições de saúde prioritárias em diabetes, além de hipertensão e saúde materno-infantil.

4.1.2 A Secretaria Municipal de Saúde e a sua Organização

Segundo o *site* da prefeitura de São Bernardo do Campo (2014), o campo funcional da Secretaria da Saúde é dividido em três atribuições:

- formular a política municipal de saúde;
- administrar o sistema municipal de saúde; e
- executar ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, em consonância com as disposições da Constituição Federal e as Leis Federais nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 29 de setembro de 1990, que constituem o Sistema Único de Saúde.

Os gestores da secretaria, conforme diário de campo,⁴⁹ o próprio *site* da prefeitura e outras fontes mostram a organização do atendimento e suas ofertas às necessidades de saúde, agrupada nos seguintes departamentos, equipamentos e programas:

- Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado (SS1). Composto por 34 unidades básicas de saúde (UBS) e 120 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), 35 das quais com a participação de profissionais do programa “Mais Médicos”, do governo federal, e com 46,3% de cobertura populacional estimada (PEREIRA, B. A. P., 2014).

⁴⁹ As anotações foram feitas durante observação participante, no contato com as gestoras da Clínica que participaram desta pesquisa.

- Departamento de Especialidades (SS2). Responsável por duas clínicas, Especialidades I e Especialidades II, que oferecem atendimento nas seguintes especialidades ambulatoriais, adulto e infantil: cardiologia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, geriatria, imunologia, infectologia, neurologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia pneumologia, reumatologia e vascular. Também responde pela gestão de três Centros Regionais de Especialidades (Alvarenga, Silvina e Rudge Ramos), um Centro Regional de Especialidades Odontológicas e três Ambulatórios – o Integrado de Imunologia e Pneumologia, o de Graves (atendimento a crises psiquiátricas e psicológicas) e o de Práticas Integrativas e Complementares – este usa acupuntura, homeopatia, fitoterapia e outros conhecimentos, incorporando-os ao atendimento da rede de atenção básica, de acordo com a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares do SUS (PMNPC).⁵⁰ E, por fim, uma Policlínica de Reabilitação (Jardim Hollywood), que atende portadores de deficiência auditiva, física, visual e intelectual, por equipe multifuncional. Além do mais, o SS2 é responsável pelos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), equipamentos de saúde mental e cuidado à adicção de álcool e drogas (PEREIRA, B. A. P., 2014).

- Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência (SS3). Reúne o complexo hospitalar da cidade, cujos equipamentos incluem o recém-inaugurado Hospital de Clínicas (junho de 2014), que dispõe de 180 leitos, mais 60 de UTI,⁵¹ e o Hospital Municipal Universitário – HMUSBC, o Hospital de Ensino Anchieta e o Hospital José Alencar, cuja gestão é partilhada com a Fundação Universitária do ABC.⁵² É da sua alçada também o PS Central (pronto-socorro), o pronto-socorro

⁵⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (Resumo Executivo). Brasília, fev. 2005. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ResumoExecutivoMedNatPratCompl1402052.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

⁵¹ DILMA INAUGURA hospital José Alencar no ABC Paulista. **Portal Brasil**, Brasília, 29 jul. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/12/dilma-inaugura-hospital-jose-alencar-no-abc-paulista>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

⁵² Pessoa jurídica de direito privado, é qualificada como organização social de saúde (OSS) e entidade filantrópica de assistência social, saúde e educação. Foi criada em 1967, é mantenedora da Faculdade de Medicina no Grande ABC; instituída como fundação sem fins lucrativos por três municípios: Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul e declara instituição de

Silvina, um hospital psiquiátrico, um oftalmológico e um odontológico, e nove Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, além do SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (PEREIRA, B. A. P., 2014).

- Departamento de Proteção à Saúde e Vigilâncias (SS4). Responsável pela vigilância epidemiológica, sanitária, veterinária e controle de zoonoses do município.
- Casa da Gestante, criada pela prefeitura em maio de 2000, cuida de mães com hipertensão, diabetes, cardiopatas, classificadas como gestantes de alto risco. Além dos cuidados médicos especializados e de enfermagem, 24 horas, oferece suporte psicológico, emocional e nutricional às usuárias⁵³.
- Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher – CAISM “Hilda Oneda Vertematti”. Oferece programas de prevenção, diagnóstico e tratamento de câncer, sobretudo de mama e colo de útero. Realiza cirurgias de mama para retirada de pequenos nódulos que demandam apenas anestesia local. Atuam no local cinco mastologistas, além de fisioterapeutas, assistentes sociais e psicólogos. Em geral é a atenção básica, através das UBS, que encaminha as mulheres para exames detalhados, como punção de nódulos nos seios. Caso haja o diagnóstico de câncer e necessidade remoção do seio e implantação de prótese mamária, a usuária é encaminhada ao complexo hospitalar do município.⁵⁴
- Departamento de Apoio à Gestão do SUS – (SS5). Dentre suas várias atribuições, relativas ao cumprimento dos protocolos do Sistema Único de Saúde em

utilidade pública nos âmbitos federal e estadual e na cidade-sede de Santo André. Disponível em: <<http://fuabc.org.br/quem-somos/historico/>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

⁵³ Disponível em:

<http://www.saobernardo.sp.gov.br/SECRETARIAS/SS/HMU/casa_gestante.asp>. Acesso em: 13 nov. 2014.

⁵⁴ SÃO BERNARDO FAZ CAMINHADA PARA AUMENTAR COMBATE AO CÂNCER DE MAMA E DE COLO DO ÚTERO. **Rudge Ramos Online**, São Bernardo do Campo, 18 out. 2013. Disponível em: <<http://www.metodista.br/rronline/rrjornal/cidade-faz-caminhada-para-aumentar-combate-ao-cancer-de-mama-e-de-colo-do-utero>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

busca de universalidade, equidade e integralidade nas redes de cuidado do município, uma que assume importância na pesquisa é a **regulação**.

A gestão do processo de regulação adequa as necessidades de saúde do município aos recursos assistenciais existentes nas redes, procurando organizá-los de forma qualificada, de tal maneira que atendam à realidade sanitária existente na localidade em que está inserida. Assim, sob a ótica da demanda e oferta, disponibiliza os serviços e recursos assistenciais mais adequados aos usuários e à população em momento oportuno, racional, equânime e ordenado, via critérios de priorização de riscos e epidemiológicos. O processo regulatório estabelece um redimensionamento da oferta (diminuição ou expansão), avalia a utilização de recursos financeiros e assistenciais e “[...] **coíbe fluxos paralelos, com base em relações pessoais, e outros critérios não científicos ou não pactuados**” (VILARINS, 2010, grifos nossos). Portanto, essa gestão é um actante (LATOUR, 2012) que influencia os périplos e fluxos dos usuários através das redes do SUS, no município. No caso de doenças crônicas, de seu diagnóstico e atendimento a quaisquer eventos manifestados (atenção básica ou urgência-emergência) até a rede de especialidades para seu controle. A etapa seguinte desse fluxo é o usuário permanecer sob cuidado contínuo, ou na rede de especialidades ou na própria atenção básica.

4.2 CLÍNICA DE ESPECIALIDADES I: O CAMPO PROPRIAMENTE DITO

Esta pesquisa foi conduzida na Clínica de Especialidades I,⁵⁵ localizada à avenida Armando Ítalo Setti nº 402, no centro da cidade de São Bernardo do Campo, próximo ao Paço Municipal. Seu horário de atendimento é de segunda a sexta-feira, das 7 às 21 horas; ocupa uma área de aproximadamente mil metros quadrados, em

⁵⁵ Pouco depois de finalizada a pesquisa de campo, em 16 de janeiro de 2015, a Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo fechou a clínica para a realização de obras de reforma e ampliação, distribuindo o atendimento em três serviços. Disponível em: <http://www.saobernardo.sp.gov.br/comuns/pqt_container_r01.asp?srcpg=noticia_completa&ref=12053&qt1=0>. Acesso em: 14 jan. 2015.

um prédio de três pavimentos, com estacionamento reservado aos profissionais que ali trabalham, no mesmo nível do último piso.

Figura 1 – Entrada da Clínica de Especialidades I.
Foto: Alexandre P. Cruce

Figura 2 – Clínica de Especialidades I, restante do prédio.
Foto: Alexandre P. Cruce

O diário de campo desta pesquisa é a fonte da descrição física e da organização dos serviços que se segue. No térreo, dividido em dois níveis, encontra-se uma grande área de espera destinada aos usuários que aguardam a gestão da regulação da clínica confirmar sua presença para consultas nas várias especialidades. Ao redor da área estão dispostas várias salas, utilizadas como consultórios pelos médicos e por outros profissionais como assistentes sociais, para seus atendimentos. No térreo também há um arquivo de prontuários e um guichê para recepção de pedidos de exames laboratoriais, sendo a coleta de material realizada no segundo nível do piso, onde também funciona um centro cirúrgico, ladeado por duas salas também destinadas a cirurgias, de pequeno porte e pouca gravidade. Tais salas tinham equipamentos e materiais correspondentes à função designada e, numa visita breve, foi possível observar a existência de camas hospitalares e suportes para administração de medicamentos e outras substâncias intravenosas.

Ainda nesse segundo nível (ou térreo baixo, como é chamado pelos funcionários) existem três salas para consultas médicas, uma de vacinação, uma com um eletrocardiógrafo para realização de exames cardíacos, uma sala de repouso pós-operatório, outra que contém uma autoclave (aparelho de esterilização de materiais), duas para expurgo de material biológico, próximas às salas de cirurgia, três depósitos, uma sala de medicação, uma farmácia e uma sala de fracionamento de medicamentos.

O primeiro, segundo e terceiro andares reúnem a maior parte das salas usadas como consultórios médicos e por outros profissionais de saúde, entre os quais fisioterapeutas e nutricionistas. As especialidades médicas mais dependentes de equipamentos para seu exercício, como a oftalmologia, têm salas fixas. A infectologia, que atende a programas como DST/Aids/Hepatites, Hanseníase e Tuberculose e o CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) para ações de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e seu diagnóstico – testes gratuitos para HIV, sífilis e hepatites B e C – também têm salas fixas tanto para consultas quanto para atendimentos multiprofissionais (dentista, fisioterapeuta e nutricionista), dadas as condições de risco oferecidas pelos usuários-portadores atendidos.

Havia uma grande disputa por salas entre as especialidades sem riscos epidemiológicos e sem uso de equipamentos. Os médicos endocrinologistas e a enfermeira encarregada do ensino de práticas de cuidado e controle em diabetes, por exemplo, transitavam entre o térreo, o primeiro e o segundo andares em busca de salas para o atendimento de usuários. A enfermeira, dois meses após iniciado o campo, conseguiu transformar a sala destinada ao depósito/almojarifado de insumos ambulatoriais – seringas descartáveis, luvas de látex e embalagens para descarte de perfurocortantes –, localizada no terceiro andar, em um lugar de atendimento aos pacientes portadores de diabetes.

A sala criou um novo fluxo: os usuários passaram a aguardar a “consulta” com a enfermeira em um corredor onde está instalado o CTA da infectologia e o auditório da clínica. Até então, as orientações individuais e a avaliação do controle glicêmico dos pacientes eram realizadas nas salas disponíveis da clínica, em outros andares, enquanto no auditório eram ministradas as orientações de cuidado e autocuidado a grupos de diabéticos adultos (tipos 1 e 2) e adolescentes (tipo 1). Para

estes, o auditório era reservado também para apresentações, ministradas por um representante de empresa farmacêutica, mediante um jogo de tabuleiro, com informações e orientações sobre cálculo de carboidratos de alimentos e “ajustes” no estilo de vida, com o uso de medicamentos (insulina) e controle glicêmico por meio de aparelho glicosímetro. O uso do auditório não se restringia às aulas de cuidado da endocrinologia, sendo empregado pela gestão em suas várias reuniões com membros da Secretaria Municipal de Saúde e grupos de trabalhadores da clínica, outras atividades de promoção de saúde, como as conduzidas pelo CTA em campanhas de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis, até eventos comemorativos entre funcionários.

5 CONTEXTO ETNOGRÁFICO

5.1 INTERLÚDIO: DA APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA AO INÍCIO DO CAMPO

Inicialmente, esta pesquisa foi planejada para acompanhar a produção de cuidado e autocuidado de pessoas vivendo com diabetes e trabalhadores da saúde na cidade de São Paulo, em uma unidade da Assistência Médica Ambulatorial (AMA), equipamento clínico de especialidades do SUS, de responsabilidade do executivo municipal. Assim configurada a primeira versão do projeto foi encaminhada ao Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, por meio da Plataforma Brasil,⁵⁶ que o aprovou.

Simultaneamente, foi enviado ao AMA o pedido para a realização da pesquisa, via gestor responsável pela unidade, que acolheu a ideia positivamente. Demonstrando curiosidade e interesse em sua realização, ele informou os procedimentos para encaminhamento aos seus superiores hierárquicos, aos comitês de ética tanto do município (via a Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica, à qual estava subordinada a unidade em questão) quanto da organização social de saúde (OSS) encarregada da administração do equipamento, em parceria/contrato com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP). Após esse trâmite, houve uma troca de *e-mails* entre o pesquisador e as instituições envolvidas na aprovação do pedido, para fins de esclarecimento de dúvidas acerca do estudo e sua condução.

5.1.1 O Usuário-Pesquisador Não Pode Investigar o Lugar Onde Ocorre sua Produção de Cuidado

Esse processo durou cerca de três meses, de novembro de 2013 a janeiro de 2014, quando, por fim, a resposta chegou: apesar da aprovação do Comitê de Ética da FSP/USP, as instâncias similares das duas instituições (SMS-SP e OSS) e o grupo encarregado da gestão do AMA negaram o pedido. Os motivos alegados estavam

⁵⁶ Sistema eletrônico criado pelo governo federal para sistematizar o recebimento dos projetos de pesquisa que envolvem seres humanos nos Comitês de Ética de todo o país.

calçados em três argumentos. O primeiro girava em torno da *vinculação*: as normas da instituição privada mantenedora da OSS e de sua fundação de ensino e pesquisa requerem a sua coparticipação nos projetos vinculados a outras instituições (no caso, a Faculdade de Saúde Pública). Ou seja, para ter autorização daquela unidade pública o pesquisador deve, necessariamente, pertencer aos quadros profissionais da mantenedora ou contar com a colaboração de algum funcionário a ela vinculado. Este, por sua vez, fica responsável pelo vínculo institucional e pelos atos de pesquisa executados no campo, além de assumir a supervisão científica do projeto. No caso específico deste trabalho, o parecerista ponderou que os vínculos do pesquisador com o AMA eram, como ainda são, “apenas” como usuário do SUS.

O segundo argumento envolvia o que foi classificado como *conflito de interesse*: sendo ao mesmo tempo usuário da unidade, como pesquisador, eu poderia **induzir** o estudo para o resultado que eu esperava, dado minha **relação terapêutica** com o serviço. Por fim, o terceiro argumento dizia respeito aos *aspectos metodológicos*: para o parecerista, apesar de o objeto da pesquisa estar bem explicitado, com adequada metodologia para sua apreensão, o *locus* mais apropriado para analisar a produção de cuidado da diabetes na especialidade do SUS seria, na visão dele, o serviço de atenção primária e não a especialidade. Além disso, apontou como agravante de não ter apresentado argumentos que justificassem a escolha pela atenção secundária.

Sobre o trâmite de todo o processo e, principalmente, os argumentos que sustentaram a negativa, entendemos ser importante discutir as dificuldades que esse *modus operandi* trouxeram para o presente estudo. No que tange ao prazo de emissão do parecer, os três meses interferiram negativamente no tempo de realização da pesquisa de campo, naturalmente já escasso em estudos de mestrado. Embora discorde dos argumentos acerca do “conflito de interesses” e da metodologia – explicitada no capítulo 3 deste trabalho –, minha grande perplexidade finca-se na percepção de que uma OSS e sua mantenedora, privadas, estejam autorizadas a interferir diretamente na produção científica realizada no espaço público, os equipamentos de saúde do SUS. E mais ainda: forçando sua participação e supervisão nas pesquisas, caso contrário não há a possibilidade de quaisquer outras

instituições, sobretudo as públicas, tomarem aquele AMA como campo de investigação.

Esse problema e as relações que dele emergiram serão tratados, neste trabalho, como percalço que definiram o caminho etnográfico adotado, um desvio, e não como escopo de pesquisa. Mas, caso fosse pesquisador do campo da antropologia das ciências (FREIRE, 2013), tornar-se-ia um caso muito interessante a ser investigado, sobretudo no que tange às práticas e relações entre a OSS, o setor público (neste caso, o executivo paulistano/Secretaria Municipal da Saúde) e as demais instituições de pesquisa, públicas ou privadas, na produção de conhecimentos relativos à saúde coletiva na capital paulista. Talvez práticas similares a essas, entre esses actantes, ocorram em outros âmbitos federativos e outras instâncias de produção de cuidado, e influenciem até a Política de Ciência, Tecnologia e Inovação, componente da Política Nacional de Saúde (GOLDBAUM; SERRUYA, 2006).

De qualquer modo, embora essas hipóteses distanciem-se dos propósitos do presente estudo, esse cenário acabou forjando o caminho de pesquisa deste estudo, que se filia à noção de campo-tema postulada por Peter Spink (2003). Segundo essa abordagem, a pesquisa não é um processo linear, rígido e estático; ela somente existe à medida que é feita. Implica dizer que não possui um único ponto de partida e outro de chegada, nem parte da definição *a priori* dos objetivos e métodos de investigação e análise. Os caminhos de pesquisa são múltiplos, bem como seus horizontes (CUNHA, 2013). Nessa perspectiva, eu teria, então, de começar pela negativa. E, assim, decidimos seguir a recomendação de desvio do comitê de ética da OSS: escolher outro serviço, em outro lugar, como *locus* do estudo de campo.

Nessa perspectiva é importante esclarecer o uso do termo *usuário-pesquisador* nos títulos e em alguns trechos deste texto tem algumas razões. Não se trata de ironia ou discordância frente a uma recusa, cujo processo está relatado adiante, mas sim lembrança permanente da complexidade das redes às quais estamos vinculados, que percorremos e pelas quais somos percorridos. Somos híbridos e complexos: não apenas pesquisadores ou usuários do SUS, não apenas diabéticos, torcedores de futebol, participantes de clubes literários, alunos, professores de estética musical ou blogueiros. Somos isso tudo e mais além.

Nesse sentido, a recusa da entrada do usuário enquanto pesquisador no serviço onde está inserido em práticas de cuidado (um rastro, movimento) indica desde o início as diversas práticas e visões de mundo, ontologias próprias sobre cuidado e pesquisa científica num operador de saúde. Daí, numa ancoragem latouriana, a intenção de relatar o episódio, que em si, também é complexo, indica a forma pela qual as redes se mesclam, se tocam e se influenciam, performam e são performadas. Vai desde uma prática biomédica de enxergar uma única posição para o usuário – mero paciente observador das recomendações prescritas de cuidado e tratamento – até a reivindicação deste como investigador científico.

Feitas essas considerações, entendo que a minha atividade de pesquisador está necessariamente envolvida nessa rede, resultando daí dois efeitos para a condução da pesquisa: a demora na definição do campo e o deslocamento de São Paulo para outro lugar e município, São Bernardo do Campo. Esses dois efeitos reforçaram o papel do pesquisador e marcam sua posição como usuário do SUS, refutando os cânones de uma ciência positivista que postula o distanciamento entre o pesquisador e seu objeto de pesquisa (ABRAHÃO et al., 2014). Uma ciência que determina que um “objeto” não pode ser sujeito e não pode avaliar/entrar em relação com os sujeitos participantes da pesquisa. Neste trabalho, desde um ponto de vista da antropologia simétrica, em que todos os actantes estão em relação e interação não hierárquicas, portanto, não há conflitos nem dilemas no fato do pesquisador ser também um usuário do serviço que estuda.

5.1.2 O Encontro com o Novo *Locus*

Em fevereiro de 2014, à procura de uma solução para a interdição do campo inicialmente pleiteado, resolvi consultar colegas pesquisadores e profissionais de saúde que tinham conhecimento ou elos com pessoas da atenção secundária em outros municípios da Região Metropolitana de São Paulo, ou mesmo fora dela. Assim, levei o problema aos grupos de pesquisa de que participo: Sociedade, Cultura e Processo Saúde-Doença, do Programa de Doutorado Interunidades, vinculado às Escolas de Enfermagem de São Paulo e de Ribeirão Preto (EE-ERP/USP); e Micropolítica do Trabalho e Cuidado em Saúde, do Departamento de Prática de

Saúde Pública da FSP/USP. A professora líder de Micropolítica lembrou que uma das pesquisadoras, que pouco frequentava o grupo naquele momento, era justamente diretora do Departamento de Atenção Especializada de São Bernardo do Campo. A rede de relações estabelecida permitiu meu acesso à gestora do serviço, que intermediou o processo de autorização, conforme os trâmites estabelecidos pela instituição, para a realização do estudo na principal clínica de especialidades do município. Estava dado um novo campo

São Bernardo do Campo, que teve como secretário de Saúde o atual ministro da área, Arthur Chioro, tinha realizado um amplo esforço de expansão da atenção básica (AB) entre os anos de 2009 e 2013. Desde então, a atual gestão estabeleceu como uma de suas prioridades a ampliação do atendimento de especialidades, referenciando-a com a AB.

5.2 APRESENTAÇÃO DOS ACTANTES, SUAS PRÁTICAS E SUAS RELAÇÕES.

5.2.1 Primeiro Movimento: Pesquisador-Usuário é Apresentado às Gestoras e Trabalhadoras da Clínica

Março e abril de 2014 foram meses movimentados no percurso da pesquisa. Nesse período passei pelo exame de qualificação do meu projeto, participei de um congresso de sociologia em Évora, Portugal,⁵⁷ onde também realizei visita técnica a um centro de investigações,⁵⁸ localizado em Lisboa, que mantinha vínculos com um equipamento de atenção básica, a fim de observar suas práticas de cuidado em relação à diabetes.

Em maio conversei com Diana,⁵⁹ diretora do Departamento de Atenção Especializada de São Bernardo, que informou que, a partir de julho, o campo na Clínica de Especialidades 1 poderia ser iniciado. O encontro foi marcado para a primeira quinzena de julho, momento em que Diana me apresentaria à diretora da

⁵⁷ VIII Congresso Português de Sociologia, grupo de trabalho Sociologia da Saúde.

⁵⁸ Centro em Rede de Investigação em Antropologia (CRIA), coletivo que reúne várias universidades portuguesas e a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Esel).

⁵⁹ Para assegurar o anonimato, as identidades tanto de profissionais de saúde quanto de usuários são tratadas de maneira confidencial e, por isso, são utilizados nomes fictícios.

clínica, Ana Beatriz, e a equipe responsável pela endocrinologia. No dia 14, pela manhã, me dirigi à clínica, localizada, conforme descrito no capítulo anterior, no centro de São Bernardo, muito perto do Paço Municipal e do terminal intermunicipal de ônibus.

Ao chegar ao edifício, subi a rampa que dá acesso ao amplo saguão, onde havia um grande número de pessoas aguardando, supostamente usuários à espera de atendimento, em frente a uma série de salas com a identificação CONSULTÓRIO. As pessoas no balcão de informações, no mesmo saguão, me orientaram a chegar à sala da diretoria, no terceiro andar, e ainda fizeram um leve gracejo: “Não vai se perder nos puxadinhos, hein?” Ri, agradei e, logo que atravessei o saguão em direção a outras duas rampas que levavam ao terceiro andar, percebi que a piada refletia, de certa forma, a configuração do espaço da clínica. Ao final da última rampa visualizei o espaço da infectologia e uma série de pequenas salas dedicadas ao atendimento de DST/aids, além de um consultório odontológico. Dirigi-me para o final do corredor, onde ficava a sala da diretoria.

Posicionado na porta, pude ver que na sala estavam reunidas Diana e Ana Beatriz, que discutiam o matriciamento⁶⁰ da clínica com a atenção básica. Diana interrompeu sua fala e me apresentou à Ana Beatriz, pedindo que eu explicasse o projeto de pesquisa. Esta pediu-me então que, antes de fazê-lo, aguardasse a vinda da enfermeira Elisa para explicar o projeto a todas as envolvidas diretamente. Responsável pelo monitoramento do controle glicêmico dos pacientes portadores de diabetes tipos 1 e 2, Elisa também ministrava aulas, divididas em duas partes, oferecidas na unidade. Uma sobre a diabetes, sua etiologia e as consequências do seu não controle; a outra, para ensinar o uso do rol de ferramentas de autocuidado dos portadores e seus efeitos no corpo: medicamentos (insulinas e hipoglicemiantes

⁶⁰ “Matriciamento é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (...) O apoio matricial, formulado por Gastão Wagner, em 1999, tem possibilitado, no Brasil, um cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011 p. 13). E essa relação amplia a possibilidade de realizar a clínica ampliada e a integração e diálogo entre diferentes especialidades e profissões (CAMPOS; DOMITTI apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/psicologia/artigos/49963/compreendendo-o-que-e-matricamento>>. Acesso em: 24 fev. 2015.

orais); glicosímetro; seringas descartáveis e suas medidas em unidades; pontos de aplicação no corpo das seringas, modos de aplicar.

Elisa chegou à sala alguns minutos depois. Uma mulher alta, cerca de 1,75 metro, cabelos castanho claros, usava um avental branco e óculos de aros metal. Aparentava ter entre 45 a 50 anos. Notei também que caminhava devagar. Ao entrar na sala, cumprimentou-nos e pude falar sobre a pesquisa. Ela ouviu-me e disse, gentilmente, que me ajudaria, permitindo a observação participante durante suas aulas e consultas com os portadores. Só não garantiria um espaço privado para conversas reservadas com os usuários e seus acompanhantes, devido à indisponibilidade de salas.

Elisa também disse que a clínica tinha uma equipe de três nutricionistas, duas das quais dedicadas ao serviço de endocrinologia e outras especialidades e uma exclusivamente à infectologia. Informou, ainda, que duas nutricionistas, Maura e Adriana, trabalhavam em equipe no atendimento aos usuários com diabetes, orientando-os quanto à dieta, ajustada ao perfil econômico de cada família.

Combinamos que a observação participante seria iniciada em 16 de julho, uma quarta-feira, às 7 horas da manhã, momento em que eu seria apresentado às profissionais que integravam a equipe, na medida da possibilidade. Notei certa inquietação após minha apresentação e intui que desejavam voltar às suas tarefas. Não me estendi mais e agradei a todas, ansioso por começar o trabalho de campo.

5.2.2 Segundo Movimento: Pesquisador-Usuário Começa a Performar e Ser Performado pelas Relações e Práticas entre Usuários e Profissionais de Saúde

Cheguei à clínica um pouco cedo, por volta das 6:45 horas. Havia uma fila razoavelmente grande na porta. Comecei a ouvir algumas conversas, à espera da abertura da unidade. Uma senhora idosa, que morava há anos em São Bernardo do Campo e cujos filhos, segundo disse aos seus interlocutores, já tinham crescido e eram casados, dizia que só então viera ao médico, porque o “*pessoal da saúde*” (provavelmente uma ESF) tinha visitado sua casa avaliando sua condição, recomendara uma consulta na unidade básica de saúde. Lá, depois de nova avaliação,

a encaminharam para a clínica.⁶¹ Ela relatou que sua pressão estava alta e que precisava “*baixá-la*”, senão ia ter um “*ataque*” do coração.

A porta da clínica foi aberta pontualmente às 7 horas. E eu entrei com o fluxo de pessoas, que se sentavam ou formavam outra fila diante de um balcão onde estava escrito MARCAÇÃO DE CONSULTAS – provavelmente usuários vindos de diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município. Atravessei o saguão e me encaminhei ao terceiro andar, onde Elisa já se encontrava. Ela usava como sala o depósito de materiais ambulatoriais. Sentei-me em frente à sua mesa, que era cercada por caixas. Combinamos que eu assistiria suas consultas aos usuários naquele dia. Elisa me disse que a maioria das atividades da endocrinologia, tanto suas quanto as dos médicos, concentrava-se no período da manhã durante a semana, mas que realizava eventualmente alguns atendimentos até por volta de 14 ou 15 horas.

Reforcei meu pedido de apresentação às nutricionistas Maura e Adriana, uma vez que pretendia assistir os seus atendimentos tão logo fosse possível. Elisa comprometeu-se a nos apresentar até o final da manhã, assim que tivesse algum intervalo entre os atendimentos.

Naquele momento, Elisa atendia aos usuários do serviço no segundo andar do prédio e não em sua sala, como já dito, localizada no terceiro andar – geralmente ela pedia aos enfermeiros deste andar ou da sala de prontuários ali localizada que a avisassem, por telefone, sobre a disponibilidade de alguma sala para seu atendimento. Elisa e eu nos deslocamos até o segundo andar. Já tinha notado a sua dificuldade em caminhar e ela mesma me disse que fizera, há alguns anos, uma artroplastia, substituição da articulação original de uma de suas pernas com o quadril por uma prótese. Ela tinha dificuldades para se deslocar até o segundo andar ou para buscar prontuários e subir até o terceiro. À medida que caminhávamos em direção às salas do andar inferior, descreveu brevemente sua rotina: atendimento a usuários que tinham consultas marcadas, quando verificava as anotações feitas por eles de suas glicemias capilares. A partir daí, caso houvesse grandes alterações, perguntava sobre

⁶¹ Os usuários entram na atenção secundária em razão da gravidade do caso, porque o serviço especializado é acurado e conta com mais recursos.

suas rotinas de autocuidado, adesão ao regime alimentar recomendado e esclarecia dúvidas quanto ao uso do glicosímetro, da seringa descartável e da(s) insulina(s).

Elisa me disse que pedia ainda aos usuários que mostrassem a retirada da insulina ou insulinas (NPH e R) dos respectivos recipientes com as seringas que eles recebiam nas unidades de saúde. O objetivo dessa atividade era avaliar se eles sabiam retirar a medida correta do medicamento. Baseado em minha própria experiência como usuário da USB à qual estou vinculado, comentei que esse procedimento podia ser mesmo um problema, pois em muitos lugares são distribuídas seringas com volumes diferentes (1 ml, 0,5 ml) e escalas consequentemente distintas para os usuários. Uma unidade em uma seringa descartável de volume 1 ml é diferente de uma unidade em uma seringa com volume de 0,5 ml, ou seja o dobro. Implica dizer que, sem orientação frequente da equipe de saúde, a compreensão da medida receitada e a aplicação correta do medicamento ficam realmente prejudicadas. Na minha rotina, quando faço uso de seringas com unidades maiores, tenho dificuldades em fracionar os volumes do medicamento a ser injetado. Nesses casos, quando a dificuldade torna inviável a aplicação correta da insulina, acabo comprando seringas descartáveis.

Chegando ao segundo andar, Elisa conversou com um funcionário do protocolo, que disse que a sala 203 estava disponível. Ela perguntaria ao usuário se ele permitia que eu assistisse a consulta. Se a resposta fosse positiva, ela me chamaria à sala. Eu me sentei, então, em um dos bancos do andar, aguardando o seu retorno. Aqui é importante fazer uma observação: durante a minha permanência no campo, invariavelmente conversava com as pessoas que aguardavam nesses espaços. E já me apresentava tanto como pesquisador quanto usuário do SUS e adoecido crônico. Esse contato antecipava o convite de Elisa e permitia uma aproximação menos mediada por ela.

Nesse momento pude, também, observar um tráfego intenso de pessoas nos corredores, que chegavam ao andar pela rampa ou saíam dos consultórios, após o atendimento, em direção ao saguão de entrada da clínica.

O primeiro paciente da endocrinologia, enfim, chegou. Eram 7:30 horas da manhã. Seu nome era Felix. Elisa o chamou assim que o avistou. Entraram na sala.

Três minutos se passaram e a enfermeira, então, abriu a porta do consultório e pediu que eu entrasse.

Elisa apresentou-me ao “seo” Felix. Aparentava um adulto maduro, de 60 anos. Ela disse a ele que eu era diabético e também pesquisador da USP, Faculdade de Saúde Pública. A apresentação inicial priorizou invariavelmente a informação da minha identidade como “diabético” e não “pesquisador”, de maneira enfática em seu tom de voz. Felix apertou-me a mão, sentou; em seguida também me sentei, ao seu lado. Elisa ocupava a mesa, onde estavam dispostos vários objetos, dentre os quais cinco ou seis pastas-prontuário volumosas, com muitos papéis, uma delas aberta. Ao lado dessas pastas havia um glicosímetro e um cilindro de plástico, que continha tiras-teste do aparelho. Mais adiante havia dois recipientes de insulina, um com um líquido inteiramente transparente, que aparentava ser a insulina regular, e outro com um líquido leitoso, provavelmente insulina NPH. Elisa iniciou a consulta:

Elisa: Como está seu Felix, tudo bem?

Felix: Tudo bem, obrigado, dona Elisa.

Elisa: “Seu” Felix, o senhor anda usando o seu glicosímetro direitinho? O senhor entende que precisa usar as fitinhas que têm o mesmo número do *chip* que coloca no aparelho?

Felix: Sim... *[meneando com a cabeça]*

Elisa: Me mostra o aparelhinho... *[enquanto Felix pegava o glicosímetro, ela seguia com o questionário]* Ah, o senhor anda usando um algodãozinho com álcool pra desinfetar os dedos antes de usar a lanceta pra tirar sangue, né? E joga fora a agulha da lanceta após o uso? Não pode usar de novo não... não é? Também está fazendo rodízio nos dedos? Não use o indicador e o polegar... são dedos que a gente usa como pinça, pra segurar coisas... é bom não feri-los.

Era um “bombardeio” de perguntas sem brechas para respostas mais elaboradas de Felix, que acenava positivamente com a cabeça às seguidas perguntas sobre o uso do glicosímetro, da lanceta e do rodízio nos dedos a serem usados para a medição da glicemia capilar, intercalando as palavras “sim” e “não”, que eram anotadas por Elisa no prontuário do paciente. Nitidamente, ela agia pressionada pelo tempo da consulta.

Em seguida, Felix mostrou o glicosímetro à Elisa, que o tomou de suas mãos. Ela ligou o aparelho e surgiu um número grande na tela. Ela explicou ao paciente que aquele era o número do *chip* e, para comprovar, desligou o aparelho, foi à sua base e

tirou de um *slot* (fenda), objeto colorido, que é o *chip*. Elisa mostrou a Felix esse número, impresso na parte colorida da peça e que correspondia ao mesmo número mostrado na tela do aparelho, momentos antes. Depois, mostrou o recipiente onde estavam as fitinhas, que possuía o mesmo número do *chip*. Elisa acessou, em seguida, a memória do aparelho e conferiu as anotações da planilha de glicemia capilar. Estava em bases diárias mensais, dividindo os dias do mês em refeições/horários (vide Anexo X).

Elisa: Estou vendo aqui sua planilha de glicemia capilar... anda baixa. Olha só: hipoglicemia na segunda-feira, antes do jantar. O que anda acontecendo?

Felix: Pra dizer a verdade, ando sem fome, não consigo comer. Sei lá, acho que minha vida vai mudar, vou me aposentar...

Elisa: Mas o senhor precisa comer direitinho. Sei que é difícil, mas mesmo sem fome precisa comer, “seo” Felix... O senhor anda tomando os dois litros de água por dia? Sabe que precisa beber muita água pra seus rins funcionarem direitinho; caso o senhor esteja com a glicemia alta, o açúcar sai pela urina. Os rins são nossos filtros, precisam ficar limpinhos, por isso a água. Claro que o senhor precisa dela controladinha, mas, mesmo assim, precisa beber muita água.

Felix: Eu gosto de beber água, sempre tomo muita água todos os dias. E ando fazendo também a caminhada que a senhora pediu...

Elisa: Pelo menos 30 minutos, sem parar, usando um tênis confortável, pra não machucar seus pés?

Felix: Assim mesmo. Às vezes chego suando muito e fico fraco. Acho que é hipo. Daí eu tomo um pouquinho de refrigerante, que é pra bater rápido... mas aí fico com sede e vontade de ir ao banheiro...

Elisa: Ela sobe muito. O senhor foi uns seis meses atrás nas nutricionistas, né? Acho que precisa dar uma passadinha lá, pensar no que o senhor come no café da manhã. O senhor não anda fazendo exercícios em jejum, né? Vou fazer o seguinte, se eu conseguir um encaixe com as nutris, o senhor pode falar com elas agora de manhã? A sala delas é nesse mesmo andar. Eu queria que o senhor conversasse com elas, anda com muita hipo, e sua consulta com a doutora Réia é só daqui a três semanas. Sua consulta com elas seria no mesmo dia da doutora... deixa eu ligar, um momento...

Nessa fala, atenção o uso de diminutivos por Elisa nos actantes de cuidado e nas recomendações de manejo dos insumos (“comer direitinho”; “Me mostra o aparelhinho”; “pra seus rins funcionarem direitinho”; “precisa dela controladinha”). Rastros de infantilização da linguagem, que denotam hierarquização do atendimento para a tutela de pacientes adultos.

Aproveitei a pausa da ligação e perguntei a Felix há quanto tempo era diabético. Ele me disse que havia três anos desde o diagnóstico, na unidade de saúde a que estava vinculado, a UBS Vila União. Comentou, ainda, que usava insulina havia dois anos e meio. Quando ia contar mais detalhes de sua história, a enfermeira interrompeu:

Elisa: Desculpe interromper, mas preciso terminar a consulta do “seo” Felix... “seo” Felix, falei com a Maura [*a nutricionista*] e ela pediu que se o senhor pudesse esperar em frente à sala delas, talvez daqui a meia hora elas possam atender o senhor.

Felix: Tudo bem...

Elisa: “Seo” Felix, o senhor mesmo anda se aplicando a insulina?

Felix: Sim, eu mesmo... mas às vezes tenho preguiça, principalmente de aplicar nos braços; não consigo alcançar a posição, daí chamo minha neta, que está estudando enfermagem. Ela faz direitinho... [*risos*]

Elisa: Eu sei, “seo” Felix, mas não pode depender dela... E está tomando nos horários direitinho, a NPH entre 7 e 8 e entre 21 e 22 [*horas*]? A regular está tomando 30 minutos antes da refeição?

Felix: Eu não dependo, não... a regular tomo sempre antes das refeições e a leitosa tomo de manhã direitinho, mas às vezes à noite quase vou dormir e me esqueço, mas minha mulher me cutuca e aí me lembro...

Elisa: [*risos*] Que bom que a sua mulher ajuda o senhor, mas não pode esquecer, nunca! Então me mostra com a seringa se o senhor tira a quantidade de insulina direitinho.

Nesse momento, a enfermeira entregou para Felix os recipientes de insulina e uma seringa descartável, do mesmo tipo que é distribuído pelos equipamentos de saúde no município. Ele, então, puxou ar para o êmbolo, numa dada medida, e injetou o ar no recipiente que continha o líquido leitoso. Estava injetando sua medida de insulina NPH, em ar. Apresentou o resultado para Elisa, que o elogiou: era essa mesma a medida de NPH receitada. Pegou o recipiente de insulina regular, e fez o mesmo, com outra quantidade, injetando nela ar. E começou a retirar a insulina regular para a seringa. Depois, voltou a tomar o recipiente de insulina NPH e tirou a quantidade de líquido equivalente ao volume de ar que injetara anteriormente.

Elisa: Muito bom “seu” Felix, é isso mesmo! Só não se esqueça de limpar as borrachinhas dos frascos com álcool e lavar as mãos antes de tirar a insulina. Ah, e na NPH, a leitosinha, o senhor tem que rolar o frasco entre as mãos umas 20 vezes, que é pra garantir que a insulina funcione direitinho, pra que essa parte leitosa, os cristais, fiquem também na seringa.

Felix: Tudo bem...

Elisa: “Seo” Felix, o senhor está marcando no frasco a data que o senhor começou a tirar a insulina de cada frasco? O senhor sabe, depois de começar a tirar, o remédio tem prazo de validade de 1 mês, 30 dias, se guardado na geladeira. Depois, expira, não dá pra usar. Não é a mesma coisa do frasco fechado...

Felix: Ah, eu me esqueço de grudar um papelzinho no frasco com a data, dono Elisa. Mas quando dá 30 dias, depois que eu abro, eu jogo fora... dá dó até, os frascos pela metade, mas eu jogo fora, “fazê” o quê?

Elisa: Mas precisa jogar fora “seo” Felix. E não pode esquecer de colocar a data de início do uso. Procura marcar numa etiqueta que gruda no frasquinho a data... Ah, onde o senhor guarda suas insulinas? Não é pra guardar na porta da geladeira, porque com o abre e fecha tem muita variação de temperatura, o que pode prejudicar o funcionamento do medicamento.

Felix: Eu boto na parte de cima da gaveta que eu guardo legumes, tomate, no fundo da geladeira, numa caixinha de isopor... e também estou reunindo as seringas usadas numa garrafa de pet de água e levo na [UBS] União, quando vou retirar meus medicamentos.

Elisa: Guarda numa caixinha de plástico, dessas de margarina, porque o isopor não deixa resfriar direito o remédio. É melhor. Bom, “seo” Felix, melhor o senhor esperar a Maura ou a Adriana atenderem o senhor. Alexandre, você tem alguma pergunta para o “seo” Felix?

Na verdade, eu tinha várias perguntas: sobre a UBS que ele frequenta próxima a sua casa para a retirada de seus insumos, como efetuava no dia a dia o autocuidado; quem estava envolvido em sua rede de cuidados em casa, sua família e amigos (como sua neta). E como lidava com suas rotinas e com seus “parceiros” não humanos de cuidado, as insulinas, as prescrições e orientações. Mas não poderia perguntar ali, diante de Elisa, pois Felix provavelmente se sentiria constrangido ao dizer que não seguia inteiramente as recomendações, como notei em alguns pontos de seu diálogo com a enfermeira.

Entendi que teria de traçar outras estratégias de aproximação, apesar da falta de espaço que assegurasse um pouco de privacidade e das próprias interferências de Elisa, que muitas vezes tornaram difícil o contato com os pacientes. Contudo, tais interferências também podem ser consideradas elementos de análise etnográfica. Perguntei simplesmente a Felix sua idade e se morava próximo da UBS. Ele me disse que tinha 59 anos, estava para se aposentar como motorista e que morava no bairro Alvarenga, nos arredores da represa Billings, havia muito tempo. Pedi a ele que assinasse o termo de consentimento, agradeceu; Felix despediu-se de nós, seguindo em direção à sala das nutricionistas.

Elisa desculpou-se pela interrupção da minha conversa com Felix, mas ponderou que seus horários eram rígidos e o tempo de consulta, curto. Então, pediu que eu saísse do consultório, porque outro paciente devia chegar. E, a exemplo do que fizera com Felix, perguntaria novamente se o paciente autorizava a minha observação e breve entrevista.

Em termos gerais, essa foi a forma acordada entre Elisa e eu para observação de seus atendimentos aos pacientes insulínod dependentes. Mas houve mudanças ao longo do tempo, principalmente após o atendimento ser realizado em sua sala, no terceiro andar, ao lado da infectologia. Isso me permitiu uma maior aproximação com os pacientes, evitando até mesmo interferências da enfermeira. Muitos chegavam mais cedo, e durante o atendimento a usuários que recusavam a observação de sua consulta, pude conversar com os outros e seus acompanhantes.

Assim, à medida que frequentava a clínica passei a ter uma ideia melhor do espaço, das relações ali estabelecidas e das interações entre os diferentes actantes. Pude, também, me mover com maior desenvoltura e por iniciativa própria, evitando a excessiva mediação de Elisa. Sem perder de vista a minha inserção em uma rede complexa e heterogênea, nunca deixei de ser o pesquisador, alternando ao longo do percurso alguns momentos de efetiva inserção no ambiente e, outros, de estranhamento explícito, principalmente na interação com os médicos.

5.2.3 Terceiro Movimento: Dois Tipos de Aulas de Autocuidado, Performados por Actantes Distintos

Elisa também conduzia a cada quinzena, pelo menos, orientação aos usuários com diabetes, insulínod dependentes ou não. Geralmente eram recém-chegados à clínica, vindos de vários lugares da rede, como UBS, RUE – Rede de Urgência e Emergência e até mesmo da saúde suplementar, que em geral apresentavam um quadro de descontrole glicêmico. As aulas estavam estruturadas da seguinte forma: a primeira parte era dedicada à etiologia da doença e às consequências do não controle; a segunda, voltada para orientações de cuidado e uso adequado das insulinas, sua conservação e validade, manejo do glicosímetro e das seringas descartáveis e formas corretas de aplicação do hormônio no corpo. As aulas ocorreriam no auditório da

clínica, no terceiro andar. Era um espaço razoavelmente grande, com capacidade para cerca de 70 cadeiras universitárias; dispunha de uma mesa, um *flip chart*, um projetor interativo de imagens. Um *notebook* estava ligado ao projetor e Elisa iniciou sua aula apresentando *slides* com o conteúdo da aula. Transcrevo as linhas gerais do texto de apresentação elaborado e performado por Elisa, bem como o cenário em que transcorreu sua fala:

“**Por que comemos?** Os alimentos nos fornecem energia para levarmos adiante nossas atividades. A energia é levada às células, os tijolinhos que formam a maior parte de nossos tecidos e órgãos através do processo digestivo. **O processo digestivo** se inicia na boca, com a mastigação, saliva e enzimas, continua até o reto, parte do intestino grosso, onde as fezes são alocadas, até sua eliminação. A absorção e quebra de açúcar em glicose, que alimenta as células, já se inicia na boca e por isso quando alguém tem hipoglicemia e desmaia, colocar açúcar refinado na gengiva pode salvá-la. **O alimento vai sendo digerido** e quando chega ao estômago, ele é **quebrado em moléculas ainda menores – sais mineirais, vitaminas e glicose** – para serem absorvidos pelo organismo. No caso da glicose dos alimentos, ela é liberada para o sangue e parte dela é armazenada no fígado, sob a forma de glicogênio. O fígado, por sua vez também libera o glicogênio armazenado para o sangue para alimentar os tijolinhos. Mas para entrar nos tijolinhos é preciso de uma chave e essa chave é a insulina, fabricada no pâncreas” (grifos nossos).

A partir desse momento da exposição de Elisa, passei a observar as pessoas ali presentes. Eram poucas: uma adolescente, que aparentava 14 ou 15 anos, acompanhada de uma mulher de aparência jovem, talvez 30 anos, e pessoas de meia idade ou idosas (dois homens e quatro mulheres). Apesar das diferenças etárias, havia entre eles algo em comum: certo fastio, tédio da apresentação. As duas nutricionistas também estavam presentes e, às vezes, acrescentavam algum detalhe à apresentação. Elisa continuou a expor:

“Mas quem fabrica a chave é um grupo de células chamadas de Ilhotas de Langerhans, de um órgão chamado pâncreas. Esses tijolinhos fabricam várias substâncias além da insulina, inclusive glucagon. O glucagon libera o glicogênio do fígado e aí o nível de glicose no sangue aumenta, o contrário da insulina. O que interessa é que a diabetes é a diminuição ou fim da produção de insulina em nosso corpo, o que pode ter consequências terríveis em nosso corpo e nossa vida. A glicose não é levada pela insulina a células; entra nelas, e fica no sangue, mas precisa ser eliminada. E quem faz isso são os rins, que levam a glicose do sangue à urina – é eliminada pelo aparelho urinário. Isso vai desgastando os rins, prejudicando, levando

à nefropatia diabética; os vasos sanguíneos são afetados, lesionados. Isso pode fazer com que os rins não filtrem mais os elementos tóxicos que percorrem nosso corpo pelo sangue. E, aí, os diabéticos sem controle serão obrigados a fazer hemodiálise, presos a uma máquina, em um hospital ou ambulatório, num determinado tempo, para fazer a filtragem que era realizada pelos rins. Fora que o não controle da glicemia pode prejudicar todos os vasos sanguíneos, lesionando não só os dos rins, mas das retinas dos olhos, da pele, dos nervos e, aí, uma lista de “patias” aparece: retinopatia, que pode causar cegueira, neuropatia – os nervos são afetados e a sensibilidade da pele e terminações nervosas diminui e as funções motoras comprometidas. E não é só isso, se você não controlar rapidamente a diabetes, ou não souber que é diabético, pode ter cetoacidose. O corpo da gente, sem insulina, precisa de energia, a glicose está toda no sangue e não entra nas células, nos tijolinhos. O que o nosso corpo faz, então? Queima a gordura que existe em nosso corpo. Pode até parecer legal, vou diminuir meu peso, emagrecer e coisa e tal, mas na verdade essa queima gera um subproduto, a cetona, que é um ácido, veneno que acumula em nosso corpo e nosso sangue e que sai pela urina...mais um problema pros nossos rins. E existem três tipos de diabetes mellitus, pessoal. A tipo 1, ‘onde’ as crianças não fabricam insulina; a tipo 2, que tem múltiplas causas, de obesidade à resistência à insulina, ‘onde’ o pâncreas precisa fabricar mais insulina pra que os tijolinhos absorvam a glicose do sangue. Isso vai fazer com o pâncreas não consiga produzir mais insulina e entre em colapso! Tem também a diabetes gestacional, que surge na gravidez de algumas mulheres, mas que [se] diagnosticada e cuidada, a gravidez transcorre normalmente. Mas gostaria que vocês se apresentassem também antes de eu continuar.”

Indiscutivelmente, as informações estavam alinhadas com o saber biomédico sobre diabetes. Contudo, o interesse da plateia parecia diminuir ao longo da exposição, cuja dinâmica era próxima à de uma aula do ensino tradicional: hierarquizado, com o “mestre” diante da “gente a ser ensinada”. Também notei um viés moralista, do tipo *“se não seguirem as nossas recomendações, as coisas ruins que lhes mostramos acontecerão a vocês.”* Observei o comportamento da adolescente, aqui nomeada Thais, que teclava insistentemente em seu celular; ela estava acompanhada de sua irmã mais velha, Mafalda. Thais tornara-se insulínica havia cerca de dois anos e usava bomba de insulina. A irmã mais velha parecia irritada e olhava para Thais com reprovação, tentando inibi-la quanto ao uso do celular.

Todos os participantes pareciam levemente incomodados ou inquietos com as perspectivas futuras: caso falhassem em seu autocuidado, ou mesmo que não falhassem, enfrentariam inevitavelmente alguns problemas como cegueira, falhas de coordenação motora, falta de sensibilidade física, amputação de membros ou talvez a

dependência de uma máquina para filtrar as toxinas em seu sangue. Alguns faziam intervenções, vez ou outra.

Um deles, “seo” Waldomiro, 60 anos, era portador de hepatite C há anos, tendo um recente diagnóstico de diabetes. Ao se apresentar, ele afirmou que estava ciente de que teria, a partir dali, de ter mais cuidado com o descarte das seringas que recebia em sua UBS, pois tinha medo de transmitir hepatite aos seus familiares; e, por isso, as acondicionava “*direitinho*” em seu lixo hospitalar.

O caso de Waldomiro ilustra um fluxo informal que melhora o atendimento na clínica. Em conversa mantida após a aula, Elisa e Beatriz contaram que a prevalência da diabetes como comorbidade de portadores de hepatite C havia crescido em São Bernardo do Campo. Dessa informação pude constatar que uma das portas de entrada para o serviço de endocrinologia era também a interconsulta entre especialidades da própria clínica. Esse processo se dá por meio de diversas redes informais, estabelecidas entre os próprios profissionais de saúde da especialidade, que encaminham seus pacientes para outras recorrendo a encaixes entre consultas. Desse modo, evita-se o fluxo da regulação, mais rigoroso e que exige a volta do usuário para a atenção básica, onde ocorre a marcação de consulta em outra especialidade. Demorado, esse processo amplia o risco de agravamento das comorbidades dos pacientes e piora a sua condição de saúde. No momento da realização do campo, esse fluxo interno era uma prática recorrente entre os endocrinologistas, Elisa e a equipe de oftalmologia, pois muitos portadores de diabetes estava há bastante tempo sem realizar exames de fundo de olho e retina ou eram recém-chegados à clínica com a glicemia fora de controle. Tal prática, na verdade, não feria as regras formais da regulação e, ao mesmo tempo, certamente evitava problemas futuros aos pacientes crônicos, quando os encaixes eram possíveis.

As últimas a se apresentarem foram as irmãs Marlene e Emília, ambas idosas e portadoras de diabetes. Usuárias da UBS Vila Euclides, as pacientes se encontravam em condições distintas da doença. O quadro de Marlene piorara e ela tornara-se insulínica, precisando agora aprender outras formas de cuidado, outras ferramentas, outras práticas. Sua irmã Emília contou, ao se apresentar, que se

sentia com sorte por não usar insulina e que sua irmã tinha dificuldades em adotar os novos procedimentos.

Em seguida às apresentações, Elisa retomou a aula:

“Imagina o que pode causar uma neuropatia, pessoal? Pé diabético, por exemplo. Os pés ficam insensíveis e você não sente infecções, dores, machucados. Uma paciente nossa chegou, um dia, a uma consulta com as nutricionistas e foi se pesar na balança – as meninas estão aqui, podem confirmar. Quando a paciente saiu da balança, elas notaram uma mancha úmida de sangue na base dela. Era o pé da paciente, que tinha um prego enfiado no pé! Ela não percebia, não sentia dor, nada. Vocês ficaram apavoradas, né, meninas? Elas saíram correndo, chamaram um enfermeiro, que arranhou uma cadeira de rodas e levou a paciente pra sala de curativos do último andar do prédio. Extraíram o prego e limparam o ferimento, fizeram curativo. Pessoal, por isso o controle é essencial e cuidar dos pés também! Usar sapatos confortáveis, como tênis, principalmente quando fizer atividades físicas. E observar, cuidar dos pés, ver se há ferimentos, mantê-los limpos e hidratados. Agora vamos mostrar como controlar e cuidar da sua diabetes. Vamos começar pelo glicosímetro, que é esse aparelhinho aqui.”

Elisa mostrou o glicosímetro distribuído no município, cujas tiras reagentes são acondicionadas num recipiente que exibe um número. Esse é o número do *chip* do aparelho que a pessoa deve acondicionar ao *slot* e que vai permitir o uso das fitas reagentes em contato com o sangue. Como mostrado durante a consulta do “seo” Felix, Elisa explicava para a os espectadores como usar a lanceta, recomendando o rodízio nos dedos, puncionando suas laterais, próximas às unhas, a cada medição de glicose capilar. Disse também que a não limpeza e a não desinfecção dos dedos podia alterar o resultado da glicemia capilar medida pelo aparelho. Mostrou ainda como anotar a dextro⁶² em uma planilha fornecida pela própria clínica (ver Anexo XX). Elisa começou a falar das seringas descartáveis, da insulina e das formas de aplicar o medicamento:

“Pessoal, essa é a seringa distribuída nas UBS. Faz parte dos insumos que vocês vão retirar nas UBS – seringas, glicosímetro ou pra quem já tem o aparelhinho, apenas as tiras reagentes e a insulina ou as insulinas pra quem toma NPH e R. Pra quem é tipo 2, só vão retirar metformina ou outro hipoglicemiante oral, o glicosímetro ou tiras.

⁶² Jargão usado por médicos, profissionais de saúde e portadores de diabetes que significa medir a glicemia através do glicosímetro. Também sinônimo de glicemia capilar. Muitos escrevem a palavra com S, mas é provável que o termo venha de dextrose, outro nome da glicose, carboidrato simples, de rápida absorção. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Glicose>>. Acesso em: 06 fev. 2015.

Agora, só para os insulínodépendentes... Vocês podem ver na tela a seringa. Ela tem umas marcas, parece uma régua. São as unidades de medida dela. Se o médico receitou 10 unidades, por exemplo, de NPH, vocês devem fazer o seguinte: pegar um algodão com álcool, desinfetar a borrachinha que puxa o ar pelo êmbolo, as 10 unidades, e injetar o ar no vidrinho da insulina. E aí puxar a quantidade de insulina prescrita. Não pode deixar nenhuma bolhinha de ar, pessoal, tem de retirar ou batendo na seringa ou puxando a quantidade de novo, assim... Pra quem toma a insulina R na hora do café da manhã, por exemplo, pode misturar as insulinas, sem problemas. Se as duas fossem insulinas análogas, não, por que são mais sofisticadas e não dá pra misturar. NPH e R, pode, pessoal. No caso de aplicação da NPH, pessoal, precisa fazer uma coisa: girar levemente, entre as mãos, o frasquinho do remédio, umas 20 vezes. Aí pode tirar a insulina do frasquinho. Senão ela não fica misturada com a parte leitosa, que faz parte do remédio. Já notaram que ela é leitosa, né?

Bom, vamos tirar agora a insulina. Vocês fazem assim: introduz a quantidade de ar na seringa igual à dose de NPH prescrita na receita. Injeta o ar dentro do frasco da insulina NPH. Sem extrair a insulina, retira a agulha. Vocês vão fazer o mesmo no vidrinho da insulina Regular: introduz a quantidade de ar na seringa igual à dose de insulina prescrita pelo médico; injeta o ar dentro do frasco que contém a insulina R. Aí, nesse momento começa a aspirar a insulina R. Vira o frasco e aspira a insulina lentamente até a marca da escala que indica a quantidade de insulina prescrita. Volta o frasco pra posição inicial e retira a agulha devagar. Pega o frasco de insulina NPH. Com a mesma seringa, que já contém a insulina Regular, introduz a agulha nesse frasco de insulina NPH, segurando no corpo da seringa pra não perder a insulina Regular que está na seringa. Aspire lentamente a insulina NPH prescrita. O total preparado dentro da seringa deve ser [igual] à soma das insulinas NPH + Regular prescrita pelo seu médico. Retira a agulha do frasco, e pronto! Tá preparada a seringa com as insulinas. Mas isso, claro, pra quem tem de tomar as duas.

Sempre que vocês vierem ao médico, vocês passarão comigo também, e eu vou orientá-los de novo, pra ver se vocês fazem tudo direitinho. E perguntem, não levem nenhuma dúvida pra casa. Ah, importante, pessoal: se a insulina estiver muito geladinha, tirem o vidro ou vidrinhos e esperem uns 20 minutos, meia hora. Por que pode doer se vocês aplicarem ela muito fria no corpo. Vocês podem preparar a seringa com a insulina ou insulinas e deixarem ela em um lugar seguro, e esperar um tempo e depois aplicar.

Agora vamos falar de aplicação da insulina em nosso corpo. A aplicação é subcutânea pessoal, ou seja, não pega a veia, nem é direta no músculo. É na pele, na gordura da pele, porque é hipodérmica e a absorção da insulina pelo corpo é melhor. Se aplicar intramuscular, por exemplo, a insulina faz efeito mais rápido, porque chega ao sangue logo. E pode até causar hipoglicemia. Dependendo do tamanho da agulha, vocês precisam segurar a pele, fazer uma dobrinha, e mantendo um ângulo de 45° da seringa, aplicam. Lentamente vocês empurram o êmbolo da seringa, senão a aplicação dói. Se a agulha for pequeninha, como a das seringas de 0,5 ml, como essa que eu estou mostrando agora, vocês podem aplicar em ângulo reto, sem fazer dobrinha de pele ou inclinar a seringa. Mas precisa ter gordurinha. E onde aplicar em nosso corpo? As melhores partes para aplicar são essas que estamos mostrando nesse desenho: as partes externas da coxa, isto é, da metade da coxa em direção pra fora,

não em direção a outra perna. No abdômen, a barriga é um bom lugar, sendo a distância de quatro dedos do umbigo em suas laterais e, nessa faixa, dois dedos pra cima e dois dedos pra baixo nessa faixa dele, dois dedos pra cima e dois dedos pra baixo. Nas nádegas, não devem aplicar diretamente nelas, mas em seu início, na parte de cima delas, e na direção externa. No braço, tem de ser na parte posterior do terço superior, Parece complicado, mas não é. É na parte oposta do bíceps do braço, aqui. Sei que é difícil de aplicar aí, principalmente pessoas de mais idade. Então, tem uma dica: vocês podem se sentar numa cadeira e ajustar seus braços assim, em cima do encosto dela. Aí vocês conseguem alcançar a parte do braço que é pra injetar a insulina. Vou mostrar pra vocês sentando e colocando o braço na cadeira... assim!

Elisa sentou-se na cadeira apoiando seu braço na parte superior do encosto e expondo a parte posterior para a plateia. Em seguida, pegou a seringa de 0,5 ml e, mantendo a tampa proteção da agulha, simulou a aplicação do medicamento no braço, na parte indicada.

Naquele momento, e mesmo agora enquanto escrevo, refleti se, em uma única aula, o volume de informações e novas rotinas de vida, de movimentos físicos, mensurações, avaliações e hábitos, seria assimilado e, sobretudo, obedecido fielmente. Não podia basear-me em experiência própria para responde a esse questionamento, singular ao meu contexto, minha história e às relações que mantive com a saúde coletiva ao longo dos anos. Mas intui que cada um deles criaria suas próprias rotinas de autocuidado.

“Pessoal, olha só como é importante o rodízio dos locais de aplicação de insulina, assim como a punção dos dedos quando for fazer a dextro. Vejam essas imagens da lipodistrofia.”

Elisa projetou uma série de imagens do efeito do não rodízio dos locais de aplicação no corpo de diabético, a lipodistrofia. Eram imagens não agradáveis, como grandes porções de corpo inchadas, parecidas com celulite; deformações, com acúmulo de gordura. Parecia haver intensão de chocar, um alerta sobre os resultados de não se fazer o rodízio nos locais indicados.

“É feio, né, pessoal? E perigoso também, porque essas partes do corpo com lipostrofia não conseguem mais absorver a insulina e levá-la ao sangue. O rodízio não é apenas uma questão de aparência, mas de saúde também. Bom, pessoal, estou aqui à disposição de vocês pra tirar dúvidas. Claro que não dá pra esclarecer todas as

dúvidas e novidades, e quando vocês vierem à consulta com o endócrino ou comigo e com as nutricionistas – essas meninas aqui – vocês vão poder tirar todas as dúvidas. E se vocês tiverem alguma dificuldade antes disso, me procurem, marquem lá embaixo no térreo uma conversa comigo!”

A aula acabara e algumas pessoas da plateia se aproximaram de Elisa e das nutricionistas; outras, como Thais e sua irmã, saíram logo em seguida.

Uma semana depois, houve uma nova aula, mas não nos moldes da ministrada por Elisa. Destinava-se aos usuários adolescentes insulínod dependentes. Segundo Elisa, era difícil a adesão desse grupo às rotinas de autocuidado, e muitos eram considerados “pacientes-problema” pelos profissionais de saúde da endocrinologia. A aula não foi ministrada por alguém da Clínica de Especialidades 1 ou da rede municipal de saúde, mas por uma espécie de propagandista de laboratório farmacêutico, chamada de “orientadora”. O laboratório em questão tinha uma equipe voltada a ajudar profissionais e agentes de saúde através de um conjunto de ferramentas chamado de *mapas de conversação*. Cada ferramenta tinha o formato de um jogo de tabuleiro grande. Cada tabuleiro era temático – temas que iam de *Como o corpo e o diabetes funcionam* a *Vivendo em uma família com diabetes tipo 1*. Os tabuleiros e suas figuras coloridas, que representam situações de vida de pessoas com diabetes, como me disse depois da aula a “orientadora”, visam melhorar o entendimento e o autocontrole da doença, além de aprimorar e aumentar a interação entre pacientes, profissionais de saúde e familiares. De preferência, a condução da discussão deve ser feita por um profissional de saúde ou por um orientador do laboratório.

Mais uma vez a reunião ocorreu no auditório da clínica. O tabuleiro escolhido por Elisa e as nutricionistas foi *Como o corpo e o diabetes funcionam*. Compareceram sete adolescentes, meninas e meninos, com idades entre 12 e 16 anos, entre eles Thais, mais uma vez acompanhada de sua irmã. Familiares ou responsáveis pelos demais adolescentes também compareceram. Os acompanhantes formavam um grupo de nove pessoas, sete mulheres e dois homens. Embora o propósito dos mapas fosse incrementar a interação e a troca livre de ideias (experiências e conhecimentos entre participantes) isso foi justamente o que não ocorreu. Os adolescentes pouco se manifestaram e, quando diziam algo, era absolutamente o esperado, não despertando

o interesse dos demais. Elisa e as nutricionistas tentavam estimular a participação, dizendo continuamente “*fala mais!*”. Alguns relataram experiências sobre a descoberta da doença ou sobre hiper e hipoglicemia. As mães emendavam o relato com suas impressões sobre esses eventos. Alguns tinham até bom conhecimento sobre a doença, relatavam o processo de diagnóstico da diabetes e alguns detalhes do cuidado, inclusive a contagem de carboidratos em alimentos, descrevendo a rotina esperada de um diabético “bem comportado”. Mas eram colocações esporádicas, centradas principalmente no regime alimentar de cada adolescente, feita por seus parentes. De resto, a “orientadora” dava uma aula não muito diferente da que eu presenciara na semana anterior, ainda que pautada pelo tabuleiro e suas figuras. Também foi curiosa a atitude de Elisa, que não se colocou em nenhum momento. Já as nutricionistas, trataram apenas de falar a respeito da dieta.

A observação dessas aulas permitiu deduzir que a educação em saúde dos usuários crônicos é invariavelmente vinculada à disciplinarização dos corpos e do biopoder, conforme será discutido mais adiante.

5.2.4 Quarto Movimento: Novas Práticas Adotadas

Nos últimos dois meses da pesquisa (novembro e dezembro de 2014) uma nova diretora assumiu a gestão da clínica, no lugar de Ana Beatriz. A substituta, Leonora, viera da atenção básica e fora diretora de uma UBS em São Bernardo do Campo. Mantivemos conversas e Leonora informou que planejava aprender o *modus operandi* da Clínica de Especialidade 1, aproximá-la da AB usando sua experiência e redes formais e informais de relações. E ampliar, assim, o sentido de integralidade. Aproximou-se também do diretor clínico, o doutor Florisval, da infectologia, e resolveu reintroduzir no serviço práticas como a discussão de casos entre profissionais de saúde. Dessa forma, voltaram a ser realizadas as reuniões entre Elisa, as nutricionistas e os médicos endocrinologistas. Pedi e fui autorizado por Leonora e Elisa a assistir a primeira reunião de discussão de casos, que incluía a enfermeira e as médicas Réia e Quitéria, ambas endocrinologistas de adultos – a equipe de endocrinologia era composta por seis médicos, dos os quais quatro

especializados em crianças e adolescentes. Réia era a mais experiente, com 30 anos de atividades clínicas. Quitéria havia se formado numa universidade federal, atuando naquela unidade havia cerca de dois anos. Sem a presença das nutricionistas, que não puderam comparecer, a cena assim se desenrolou:

Elisa: Essa reunião é para discutirmos os casos adultos difíceis, que se encontram aqui na clínica e não conseguem controlar sua glicemia. Estamos tentando fazer um documento, um relatório a respeito deles. E são casos que estão indo pelo pior caminho...

Réia: Ah, são os casos perdidos... Tudo bem!

Quitéria: É, temos de fazer alguma coisa...

Elisa: Geralmente são adolescentes, que até mantêm o mesmo comportamento na idade adulta... a gente já pediu até psicólogos pra gestão, pra conversar com esses pacientes, mas nada de atenderem a gente até agora. Ou dá bronca ou abraça... muitos são adolescentes hoje, mas, se continuarem assim, vão chegar à fase adulta com muitos problemas.

Réia: Eu encarei muitos desses...

Elisa: A Ifigênia, por exemplo...

Réia: Eu atendi a Ifigênia quando era adolescente, desde os 13 anos de idade, mas larguei em seguida quando passei a atender adultos. Ela usava NPH na época... passou a usar R quando foi para os endócrinos infanto-juvenis, mas sempre teve o mesmo comportamento, e agora voltou pra mim, aos 18. Não tomava insulina direito, não fazia dieta, e continua a mesma... as **glicadas**⁶³ dela são quase sempre acima de 12%... Desde 2012, ela tenta mudar de NPH e R pra detemir e NovoRapid.⁶⁴

Elisa: Ainda tem o Betinho...

Quitéria: Ele já passou algumas vezes comigo.

Elisa: Ele não quer fazer nada pra se cuidar! Não quer passar com a nutri...

Réia: E agora está comigo. A mãe dele que me dizia que ficava brava com ele... tomava leite condensado, ela comprava óleo, que nosso amigo usava num dia pra preparar bolinhos de chuva pra galera dele.

Elisa: Nossa!

Réia: E por que com 13 anos de idade a mãe não deu uns tabefes na orelha dele pra ver se ele se comportava? Eu também tive filhos com essa idade...

⁶³ Glicada, hemoglobina glicada ou ainda A1C, é um exame de laboratório importante para avaliar o controle glicêmico da pessoa com diabetes e, também, para confirmar o diagnóstico de diabetes ou de pré-diabetes, denominação dada a uma condição clínica muito próxima da doença. A glicose sanguínea liga-se à molécula de hemoglobina (o pigmento vermelho que dá cor ao sangue). Quanto maior for o nível de glicose em circulação, maior será a ligação da glicose com a hemoglobina. O resultado do teste de A1C é dado em porcentagem de hemoglobina ligada à glicose. Quando maior que 7%, significa que está mal controlada. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/ultimas/o-teste-de-hemoglobina-glicada-a1c-o-que-e-e-para-que-serve>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

⁶⁴ Análogos de insulina de ação lenta (detemir) e de insulina de ação rápida (asparto). A médica usa o nome comercial da análoga de ação rápida fabricada pelo laboratório dinamarquês Novo Nordisk.

Quitéria: A mãe dele não ia conseguir fazer isso...

Réia: É que a mãe nunca fez! Acho que o problema desse menino era a mãe e agora é ele também. Olha aqui: em 2012, quando ele tinha 13 anos, já passou a usar detemir [*consultavam os prontuários que estavam sobre a mesa*]. E subindo a dose... E a glicada dele, na época, 18,5%! Faz tempo que eu não vejo uma glicada dessa ordem!

Quitéria: Acho que essa é a pior que eu vi, de todos...

Réia: Imagina quando ele chegar aos 30 anos... se ele estiver vivo, claro! E tá sempre internado, umas 4 ou 5 internações por ano... Olha, tem anotado aqui... em 2012, até março, já teve duas internações por descompensação⁶⁵

Elisa: E, já foge da alçada nossa, precisa de psicólogo...

Réia: Não, precisa é de psiquiatra, a mãe e o filho... e ter insistido no rodízio de profissionais, assistente social... ele foi internado em junho, veio comigo depois, em julho, eu já aumentei a insulina... não, mantive a insulina, pra trazer exame... mas nem exame ele trouxe. Em agosto ele trouxe glicada de 14,4%... ele, na véspera dos exames, faz direitinho, a glicemia capilar boa, mas não adianta querer enganar... aumentei a asparte, aumentei a detemir... quem quiser levar ele como presente de Papai Noel, fique à vontade. Aliás, eu dei nosso amigo pra Elisa. Ele é daqueles que ponho NTJ – NÃO TEM JEITO, no prontuário. Não vou me estressar mais. Adolescente tem esse comportamento e não adianta... quem tem de fazer aderir ao tratamento são os pais, a mãe desde criança...

Elisa: Vou atendê-lo esses dias... e ele já achou ruim por que marquei uma conversa dele com as nutricionistas... Por isso a gente precisa de psicólogo.

De início, participei atenta e tranquilamente da reunião. Notei certo fastio agressivo da médica Réia ao tratar dos “pacientes-problema”, comportamento que veio num crescendo até que em seus comentários cunhou o acrônimo NTJ. Isso despertou minha raiva, me incomodou profundamente. Naturalmente, não manifestei meu incômodo; não se tratava do meu corpo nem do meu comportamento. Então, por quê? Supus que devia estar relacionado ao julgamento moral do comportamento dos pacientes. E isso me fez lembrar do percurso que eu mesmo fizera, de todo o esforço para seguir o regime alimentar e tomar os medicamentos. Não era simples e não havia uma escolha, ou algo a ser negociado. Era um fato biológico tão somente e a minha sobrevivência dependia da adesão àquelas regras e práticas. E, ainda, a recusa seria moralmente condenável, pois estaria atentando contra a minha própria vida. Vida no sentido biomédico, conforme a hemoglobina glicada. E parte do incômodo foi também pelo uso do acrônimo, criação identitária para os chamados “pacientes-

⁶⁵ Descompensação é um jargão de profissionais de saúde para alteração frequente da glicemia dos pacientes, levando a crises de hipo e hiperglicemia e, neste caso, a possíveis complicações como cetoacidose diabética.

problema” e redutora de quaisquer outras abordagens e possibilidades. A moral da escolha do tratamento de diabetes e suas regras ainda me atravessam, e, sobretudo, ainda é usada como avaliação e como argumento dos profissionais dirigido aos pacientes na discussão dos casos. Mas eu devia entender o comportamento da “doutora” Réia e das demais profissionais de cuidado ali presentes, inseridas em seus conjuntos de redes, práticas, experiências.

A médica Quitéria parecia mais disposta a lidar com aqueles pacientes e tentar alguma estratégia para mudar ou negociar o comportamento “errante” que eles apresentavam, evitando sequelas futuras. Um dado curioso foi saber que os primeiros casos discutidos usavam análogos de insulina há muito tempo. Perguntei a Elisa sobre como os usuários obtinham os análogos de insulina e ela me respondeu que não sabia, mas que o glicosímetro e outros insumos retiravam nas UBS próximas às suas residências.

Réia: Cansa chover no molhado...

Quitéria: Quem sabe com psicólogo o Betinho adira às orientações e seus números melhorem?

Elisa: Acho que sim...

Réia: Se ele não aderir, o negócio é dar alta mesmo e pronto! Pra que se desgastar? Na verdade, o que ele faz aqui é pegar a receita e pronto... só isso! E essa família dele não colabora também... se a mãe vai à luta, acaba encontrando uma psicóloga na UBS... sei lá, vai pro Caps [*Centro de Atenção Psicossocial*]... se mostra empenho, a gente ajuda, sei lá...

Elisa: O problema é que se for por essa via do encaminhamento pela rede, vai demorar até chegar no psicólogo.

Réia: Mas por que demora tanto?

Elisa: Por causa da regulação: devolvemos pra UBS e a UBS encaminha pro Caps.

Quitéria: Se a gente mostrar pra mãe dele a dificuldade de chegar ao serviço, quem sabe a gente consiga maior colaboração dela? Sei lá...

Réia: Ele ainda é adolescente e foi estragado pela mãe... não sei se ela vai ter a sensibilidade de notar a dificuldade de chegar ao atendimento com o psicólogo.

Elisa: Mas a gente precisa conseguir chegar nos adolescentes. É difícil, tentamos várias coisas, poucos estão controlados.

Quitéria: Bom, já com os adultos temos a ajuda da Elisa, que fica muito tempo com eles... 80% conseguem seguir minimamente as recomendações de cuidado, o que a gente pede...

Elisa: Com os adolescentes a gente faz o que acha que vai dar certo, é até intuitivo...

Quitéria: E também tem a nossa experiência de vida, a sua, das nutris...

Réia: Isso vai irritando a gente, a gente fica angustiada, justamente pela nossa experiência. Vou receber hoje o Dimitri, que eu já trato há uns 15 anos ou mais. Era

jovem e agora está com 40 anos. Nunca aderiu. Está aposentado por invalidez e tem retinopatia, neuropatia.

Quitéria: Nossos “adolescentes-problema” não assimilaram que têm diabetes. E eles vêm por obrigação, pela receita... muitos tomam leite condensado... é uma negação... estão na fase inicial da doença e ainda não percebem a consequência. Vai passar um tempo e só depois vão perceber, quando as consequências chegarem.

Réia: É o mesmo comportamento dos alcoólatras: agem como eles, negam o que fazem, mas continuam abusando.

Elisa: É, estou elaborando um relatório sobre nossos adolescentes-problema... bom, a gente precisa ver ainda outros pacientes... o “seu” Constantino...

Quitéria: Ele está se queixando de hipoglicemias em jejum, antes do café da manhã. E conforme as anotações dele na planilha de glicemia capilar, isso está acontecendo, inclusive antes do almoço.

Elisa: Ele fica me perguntando se não era o caso de desistir da R e tomar só NPH...

Quitéria: A gente precisa considerar as condições metabólicas dele: tem câncer, fuma... mas ele deve estar fazendo alguma coisa de errado também.

Elisa: É, ele não vai abandonar o cigarro. Ele passou nas nutricionistas, que disseram que ele come pouco no jantar e no café da manhã... e até pensaram em contagem de carboidratos dos alimentos que ele come.

Quitéria: Acho que o problema dele está aí: o quanto ele come. Os horários em que come, se ele come de 3 em 3 horas... E depois, a gente precisa considerar o que dizem os *guidelines* a respeito: a insulina que mais provoca hipoglicemias é a NPH, porque tem seus picos de atuação de 6 a 7 horas, e ela começa a funcionar de 2 a 4 horas após a aplicação. Tem de comer de 3 em 3 horas... fazer as refeições principais. A alimentação dele é muito ruim. O que a gente pode fazer é ajustar a NPH, tomar menos à noite, pra não diminuir a glicemia de jejum no dia seguinte. E não deixar de tomar a R no café e nas refeições principais. Mas precisa comer. Eu não acho que seja o caso de usar contagem de carboidratos.

Elisa: A gente leva no colo pra uma série de coisas. Difícil dele entender o que dizemos, inclusive de alimentação. E ele tá com glicada de 14%...

Réia: Melhor que 18% [risos]. Precisa ver também se as anotações dele da glicemia capilar estão corretas...

Quitéria: É, não dá pra confiar muito nas anotações e no que dizem os pacientes: ou mentem ou não anotam direito, não sabem usar o glicosímetro, por mais que você oriente.

Elisa: Ah, doutora Quitéria, estou encaminhando uns casos pra você. É só pra avaliar se dá pra voltarem ou não pra UBS. São pacientes que têm glicada em torno de 8%, glicemias capilares até boas, de 114 mg/Dl, um ou outro é insulínodépendente, mas a maioria é tipo 2 que toma metformina ou glibenclamida.

Quitéria: Então me faz um favor: quando você encaminhar, põe um bilhetinho no prontuário deles, dizendo que vieram de UBS. Se eles não têm exames recentes, faço uma requisição e avalio quando receber os resultados. Daí dou alta e faço a referência com o médico da UBS.

Nesse momento senti uma angústia menor das médicas e de Elisa, a enfermeira. E o mais surpreendente: sinais efetivos de que havia referência e

contrarreferência na Clínica de Especialidades 1, na endocrinologia, com alta e retorno de pacientes à UBS.

Os dois momentos narrados (as aulas e a reunião entre profissionais da saúde) evidenciam o esforço de disciplinarização dos corpos diabéticos baseados na perspectiva do bipoder, por sua vez assentado em pressupostos de terror e julgamento moral, que se estende para além do paciente, incluindo rede de relações de autocuidado (familiares e amigos):

“Imagina o que pode causar uma neuropatia, pessoal? Pé diabético, por exemplo. Os pés ficam insensíveis e você não sente infecções, dores, machucados. Uma paciente nossa chegou, um dia, a uma consulta com as nutricionistas e foi se pesar na balança – as meninas estão aqui, podem confirmar. Quando a paciente saiu da balança, elas notaram uma mancha úmida de sangue na base dela. Era o pé da paciente, que tinha um prego enfiado no pé! Ela não percebia, não sentia dor, nada. **Vocês ficaram apavoradas, né, meninas?**” (Elisa, durante a aula; grifos nossos).

“**Quitéria:** Acho que o problema dele está aí: o quanto ele come. Os horários em que come, se ele come de 3 em 3 horas... E depois, a gente precisa **considerar o que dizem os guidelines** a respeito” (reunião das profissionais; grifos nossos).

“**Quitéria:** Se a gente mostrar pra mãe dele a dificuldade de chegar ao serviço, **quem sabe a gente consiga maior colaboração** dela, sei lá...”

Réia: [...] Acho que **o problema desse menino era a mãe e agora é ele também...** olha aqui, em 2012, quando ele tinha 13 anos, já passou a usar detemir [consultavam os prontuários que estavam sobre a mesa]. E subindo a dose... E a glicada dele, na época, 18,5%! Faz tempo que eu não vejo uma glicada dessa ordem!

Quitéria: Acho que essa é a pior que eu vi, de todos...” (Reunião das profissionais; grifos nossos).

“**Réia:** Ele ainda é adolescente e foi **estragado pela mãe... não sei se ela vai ter a sensibilidade de notar** a dificuldade de chegar ao atendimento com o psicólogo.” (Reunião das profissionais; grifos nossos).

“**Réia:** É o mesmo comportamento dos alcoólatras: agem como eles, negam o que fazem, mas continuam abusando.” (Reunião das profissionais; grifos nossos).

Ao comentar os desdobramentos do tratamento de um adolescente “problema”, Réia cravou:

“Não, precisa é de psiquiatra, a mãe e o filho (...) quem quiser levar ele como presente de Papai Noel, fique à vontade... aliás, eu dei nosso amigo pra Elisa. **Ele é daqueles que ponho NTJ – NÃO TEM JEITO, no prontuário.** Não vou me estressar mais. Adolescente tem esse comportamento e não adianta... quem tem de fazer aderir ao tratamento são os pais, a mãe desde criança (...) **Se ele não aderir, o negócio é dar alta mesmo e pronto!** Pra que se desgastar?” (Reunião das profissionais; grifos nossos).

Essa narrativa por si só não traduz as condições de trabalho dessas profissionais nas várias redes de atenção em que eventualmente atuam. E uma fala de Réia é emblemática do desgaste a que estão submetidos os trabalhadores na rotina da prática em saúde: *“Isso vai irritando a gente, a gente fica angustiada, justamente pela nossa experiência.”*

Mas, tomada no contexto da clínica de especialidades, é possível analisar o uso do acrônimo NTJ como uma síntese e uma expressão da lógica do biopoder que permeia as práticas institucionalizadas do cuidado e autocuidado. Em si mesmo, define *a priori* que o êxito do tratamento resume-se à adesão incondicional (não negociada) dos usuários a essas práticas. Uma vez que não ocorre essa adesão, segundo os protocolos estabelecidos e a visão de profissionais envolvidos, é possível enxergar na própria expressão NTJ o fracasso da estratégia. Na medida em que o fracasso é estabelecido, então o acrônimo pode levar a uma punição, qual seja, a alta no tratamento, na verdade, o abandono do caso pelo profissional de saúde: *“Se ele não aderir, o negócio é dar alta mesmo e pronto! Pra que se desgastar?”* (Réia).

5.2.5 Quinto Movimento: Actantes Performando o Autocuidado

Tomamos como modelo de discussão três das muitas conversas mantidas com os pacientes da clínica, identificando nelas todos os elementos que desejamos analisar. De modo geral, as narrativas ressaltaram alguns elementos comuns ao discurso das pessoas que vivem com diabetes, de que eu mesmo, em tal situação, sou enunciador; uma, especificamente, apresentou um inédito repertório linguístico, a chamada da “lua de mel”, adiante descrita. Nem todas as conversas puderam ser aprofundadas, conforme já mencionado, por falta de tempo do entrevistado, de

espaço adequado ou em razão da dinâmica do próprio serviço. São, por isso, tratadas aqui como recortes narrativos.

Para efeito de análise e discussão, dividimos as conversas em quatro grandes temas: relação com hipoglicemia e hiperglicemia; uso de insulina e manuseio da seringa; o uso do glicosímetro e das tiras reagentes; os trajetos percorridos entre o diagnóstico e a inserção na rede pública de cuidado.

O primeiro desses recortes (entrevista em profundidade) traz à luz as diversas formas de relacionamento e interações ocorridas no âmbito do autocuidado, conteúdo que se repete na fala dos demais usuários do serviço entrevistados. O segundo reproduz uma conversa mais rápida, cuja narrativa ilustra um interessante fluxo de inserção e de manutenção do cuidado na rede. No terceiro e último recorte narrativo destaca-se a alusão ao termo “lua de mel”.

• **Silvia, 29 anos, vendedora, diagnosticada havia menos de seis meses, na ocasião da entrevista.**

Pesquisador: Quais seus horários de alimentação?

Silvia: Ah, eu tenho sofrido muito com a hipo. Meus horários de alimentação são muito corridos e, às vezes, não consigo me alimentar de 3 em 3 horas. Como meu atendimento é muito corpo a corpo com os clientes (vendo cursos de inglês, intercâmbios), mal tenho tempo de comer. Você viu a Elisa me atender agora a pouco. Ela mediu, eu estava com 80 mg/dL... e eu caída! E dizem que o normal é de 80 a 126... Estava suando frio, coração palpitava, estava com hipo agora, na consulta! Dizem que sou muito elétrica ainda... pode ser que isso ajude também, junto com o corre-corre. Quando fico com hipo, aí tento consertar a situação: se ainda estou lúcida e consigo pensar, me viro. Mas nem sempre dá... minha amiga Nati já me salvou várias vezes, me trouxe refrigerante ou atendeu o cliente no meu lugar e fiquei de boa... o problema é depois...

Pesquisador: Qual é o problema?

Silvia: Depois da hipo a glicemia aumenta, *[porque]* me encho de refrigerante ou doce. Dá desespero! A gente bebe e come, mas parece que a tremedeira, o suor permanecem. Aí preciso manter a boca fechada. Já não consigo muito comer de 3 em 3 horas, mas aí... quando eu como, minha glicemia estoura.

Pesquisador: Nesses momentos, com que frequência você mede sua glicemia?

Silvia: Sempre que eu começo a me sentir esquisita, mesmo que gaste minha cota de tirinhas usando o glicosímetro fora do horário, eu meço... *[E se]* estou com 80, 70... já estou com hipo! Não tem essa de número preciso... com 250, 300... prefiro ficar com ela alta que me arriscar a tomar a R. Já tentei, errei a dose e, aí, fiquei com hipoglicemia. E recomeça tudo.

Pesquisador: Você mesma aplica a insulina?

Silvia: Detesto tomar injeção, *[mas]* eu mesma aplico, misturo a NPH e a R... Acho um saco ficar mexendo no vidrinho de NPH vinte vezes! Às vezes agito e pronto, aí faço a mistura delas. Eu, uma vez, errei e misturei um pouco de NPH no vidrinho de R... joguei o vidrinho fora *[risos]*. Ainda bem que a receita tava válida. Fui pegar mais um vidrinho de R, tava acabando mesmo! Também não fico colocando data de abertura no vidrinho da insulina, essas coisas de começar a usar. Marco numa agenda presa na minha geladeira as duas insulinas e marco 30 dias... daí jogo fora. Jogo fora a R com mais insulina, sempre sobra tomo pouquinho no almoço e jantar. Me dá uma dó as vezes, mas jogo o remédio como recomendado, já que perde o efeito depois de 30 dias de uso.

Pesquisador: E você usa as seringas distribuídas pela UBS?

Silvia: Eu uso de boa as seringas (...) jogo as usadas numa garrafa plástica de água mineral, junto com as agulhinhas do glicosímetro. No trabalho, eu uso a R no almoço, aplico, volto a fechar a seringa com a tampinha dela e, quando chego em casa, jogo na garrafa. Nossa, já estou com um monte de garrafas! Preciso levar pra UBS pra jogar fora... Ah, queria tanto usar mais tirinhas de glicosímetro por dia... Ia me sentir mais segura, sabe? Pena que só dão pra usar três por dia, sabe? Cem tirinhas a cada vez, quando vou tirar os insumos... às vezes eu compro mais tirinha, principalmente quando tenho de dar plantão de vendas, senão fica difícil. Tenho medo de ficar com hipo, desmaiar, dar vexame na frente dos clientes... Meu marido me ajuda: às vezes ele vai na Silvina *[UBS]* pra tirar os insumos pra mim. O pessoal de lá já nos conhece. E agora tá uma coisa curiosa: só dão os insumos pra você se você fizer uma aula de orientação de diabetes lá! É dado por uma médica de lá; é igualzinha a aula que a Elisa dá aqui. Eu fiz a aula de lá, e mostro também minhas medidas de glicose pra eles, assim tiro os insumos *[seringa]*.

• **Clemente, 58 anos, pedreiro aposentado, insulínodépendente havia cinco anos, no momento da entrevista.**

Pesquisador: Como o senhor descobriu que estava com diabetes?

Clemente: Rapaz, eu descobri que tava diabético quando trabalhava numa obra perto aqui do centro *[da cidade]*. Eu tava chapiscando uma parede com cimento, estava num andaime, meio provisório até; tava a uns três metros do chão, quando senti uma tontura... e caí! Desmaiei, e me levaram de lá no pronto-socorro perto. Despertei e vi que não tinha quebrado nada – ainda bem! Queria até levantar e ir embora, mas as enfermeiras não deixaram. Aí tinham picado meu dedo, e é meio grosso até; furaram mais de vez, pegaram o sangue e me disseram: “Sua glicemia está em 450!” Aí fiquei sentado lá, tomando soro e me deram uma injeção. Me disseram que era insulina. Estava com uma vontade forte de ir ao banheiro e fui, mas fiquei com a sonda no braço e fui ao banheiro com ela. Fiquei um tempo lá, minha glicemia tinha baixado pra 130. Avisaram minha sobrinha, que veio no pronto-socorro e daí me deram alta – tinha ficado umas cinco horas lá. E me deram um papel que era pra ir pro posto de saúde do meu bairro, pra me consultar. Aí, dois dias depois, fui e de lá vim pra cá.

Pesquisador: E como foi o início do tratamento?

Clemente: Olha, eu comecei tomando diabinese, comprimidos. Às vezes permanecia bom o açúcar no sangue, às vezes subia muito. Mas a partir de um tempo ficou sempre alto e passei a tomar injeção – há uns três anos mais ou menos. Engraçado que fiquei viúvo há uns sete anos também... acho que fiquei mesmo doente depois da morte da minha mulher.

Pesquisador: E como é sua rotina?

Clemente: Hoje ainda moro no bairro, perto da minha irmã e sobrinha – gosto muito do meu bairro. Hoje eu mesmo cozinho, eu gosto de preparar minha comida. E sigo o regime que as moças me passaram. Tô voltando a controlar minha glicemia; às vezes ela varia demais, não sei por quê. E eu não exagero em comida, não abuso, gosto de salada, não bebo, aliás, nunca bebi. Nunca tive fraqueza por causa do remédio. Eu tomo a injeção nos horários certinhos, como nos horários certinhos. Gosto de comer sem exageros. Mas, apesar de seguir direitinho [*os protocolos e recomendações*], minha glicose varia. Queria ser tratado lá no posto do bairro, mas porque varia muito fico aqui me cuidando e tirando as coisas pra isso no posto... as insulinas, seringas, o aparelhinho e as fitinhas. A enfermeira me elogia, diz que eu sou disciplinado, as médicas também me elogiam. Gosto de fazer as coisas certinho, não sou desajuizado...

Pesquisador: Como o senhor guarda o medicamento?

Clemente: Eu ponho a insulina na parte de baixo da geladeira, conservo ela bem guardada lá, numa caixinha de plástico pra guardar comida, limpinha. Coloco a data quando começo a usar e depois de 30 dias jogo fora, as duas. Sempre um vidrinho tem mais que o outro, sobra mais que a outra. Aí precisa ficar atento pra jogar as duas no prazo. Eu marco com uma canetinha de cada cor cada insulina e as datas delas. Também tomo a R meia hora antes de comer pra ela fazer efeito. E faço as medições. Sou bem sistemático, sabe? Gosto de medidas; isso das quantidades do remédio, nunca erro. Agora venho tendo muita hipoglicemia, de madrugada... à noite minha fome vem diminuindo. Queria diminuir os remédios, sei que tenho de comer, mas fica difícil... mas paciência, fazer o quê?

• Maria Lúcia, cuja filha Rita, de 4 anos de idade, tonara-se insulínodépendente havia oito meses, no momento da conversa.

Parte da história de Rita também foi coletada durante a consulta com Elisa e, depois, em uma rápida conversa só com mãe. Segundo Maria Lúcia, a filha foi diagnosticada na rede suplementar, pelo convênio particular pago por ela. Rita passou a tomar insulina NPH (duas unidades, duas vezes ao dia, às 7 horas da manhã e às 21 horas, quando se recolhia). Ela não usava as seringas descartáveis e sim as canetas de aplicação de insulina, cujas agulhas são mais curtas e descartáveis. A mãe tinha uma despesa razoável na compra desses insumos, que não fazem parte do *kit* distribuído na rede pública de São Bernardo do Campo. Rita acabara de passar em

consulta com uma endocrinologista infanto-juvenil, momento em que recebeu uma má notícia: a criança teria de aumentar sua dosagem de insulina. Sua filha deixara “a lua de mel”, jargão utilizado pelos profissionais de saúde para designar um período em que ocorre uma remissão aparente da doença que dispensa ou redução o uso da insulina. Mas é um período curto, após o qual é necessário voltar a usar ou aumentar a quantidade do hormônio insulínico injetado diariamente.

Pesquisador: Sinto muito pela notícia do fim da lua de mel...

Maria Lúcia: Ela já compreende muitas coisas... mas quem ficou mais triste fui eu. A gente guarda uma esperança que alguma coisa possa mudar, mas não muda, né? Só uma ilusão: vai ter de tomar insulina a vida inteira. E eu não sei como o que fazer pra diminuir a tristeza dela, com toda essa rotina... mas a tristeza maior é minha... dói ver minha filha sendo furada todos os dias...

Pesquisador: E esse coelhinho na sua mão?

Rita: Ganhei da Elisa [*nesse momento sorri e abraça com força o coelhinho de pelúcia, presente da enfermeira*].

Pesquisador: Você trabalha? Como faz para cuidar da Rita durante seu expediente?

Maria Lúcia: Eu falei com as professoras dela na escolinha, orientei e passei o telefone da Elisa [*a enfermeira*], que me autorizou a passar seu número. Elas [*as professoras*] também procuram informações em *sites* de diabetes, de associações... e se precisar, saio do trabalho correndo e vou até a escola. Deixo uma canetinha de insulina com elas com o refil e agulhas, e, se for o caso, elas aplicam. Elas monitoram a glicemia dela com o glicosímetro. Ainda bem que existe o aparelho, é difícil perceber criança com hipo: tem horas que elas param de brincar e é normal. Só que no caso dela pode ser uma hipo. Fico muita aflita com isso. Ela já teve três hipos e me diz que tá fraca. Né, filhinha? [*diz, voltando-se para Rita*].

Nas conversas com os usuários percebi um caráter dúbio em relação ao glicosímetro. Alguns se queixaram da dor impingida pela lanceta nos dedos, do incômodo da extração do sangue, da possibilidade de sujarem-se com as gotas; ou da dificuldade em usar o aparelho, entender suas funções de memória e de ajuste das configurações, como data, horário ou até mesmo o uso do *chip*. O que explica porque muitas consultas e até aulas de Elisa giravam em torno do seu bom uso.

Por outro lado, notei, na maior parte das consultas observadas e das conversas, mesmo com pessoas mais velhas, uma valorização do aparelho e até o desejo de fazer mais mensurações da glicemia ao longo do dia. Já o desejo de anotar seus resultados na planilha de glicemia capilar não era tão frequente. Poder medir a glicemia do momento trazia uma sensação de segurança: “[...] *poder dormir mais*

tranquila, sem pensar que terei uma hipoglicemia durante o sono”. Essa narrativa é de uma paciente de 58 anos, Sara, que passava por hipoglicemias frequentes durante o sono. Para ela, o controle sem a intermediação do aparato técnico ampliava o risco de crises hipoglicêmicas. É, também, a narrativa de Silvia:

“[...] Ah, queria tanto usar mais tirinhas de glicosímetro por dia... **la me sentir mais segura**, sabe? Pena que só dão pra usar três por dia, sabe? Cem tirinhas a cada vez, quando vou tirar os insumos... **às vezes eu compro mais tirinha**, principalmente quando tenho de dar plantão de vendas, senão fica difícil. **Tenho medo de ficar com hipo, desmaiar, dar vexame na frente dos clientes...**”

Encontrei semelhanças muito grandes entre as relações que os pacientes da Clínica de Especialidades 1 de São Bernardo do Campo mantinham com seus glicosímetros e aquelas descritas no estudo de Bezerra e Fleischer (2013), que descreve como os equipamentos tecnológicos de aferição da pressão arterial e da glicemia têm se popularizado intensamente em um bairro popular de Ceilândia, no Distrito Federal. Partindo de uma pesquisa etnográfica realizada com mulheres e homens que convivem com o diagnóstico de hipertensão e diabetes, as autoras sugerem que esse fenômeno social, ainda novo e pouco pesquisado, “[...] carrega complexos significados sobre doenças crônicas, atenção básica de saúde e relação equipes-pacientes” (p. 183). Nessa perspectiva, o tipo de equipamento, os números, o leitor dos números, o espaço e o momento do dia em que tal medição ocorre e a comparação com medições anteriores são alguns dos aspectos considerados no uso e no entendimento dos esfigmomanômetros (para medição da pressão) e glicosímetros.

Esses pacientes de hipertensão arterial e diabetes mellitus se interessam e manejam com regularidade os equipamentos e os sentidos dos números, promovendo um intenso e interessante diálogo com a tecnologia e o conhecimento biomédicos (BEZERRA E FLEISCHER, 2013, p. 183).

Dialogando com uma pesquisa antropológica que estudou a questão do corpo em uma sociedade indígena, as autoras observam como o “sangue” pode marcar as relações sociais e representar algo muito além do que apenas um fluído corporal; ele pode “[...] receber fortes significados e alçar funções sociais norteadoras (...) seria

um ‘lubrificante’ essencial da complexidade que chamamos de ‘corpo’ e portaria intensos significados sociais” (BEZERRA; FLEICHER, 2013, p. 184). Como substância corporal, o sangue também ganha significado importante, sendo valorizado na sociedade urbana e biomedicalizada como uma espécie de “porta-voz” do estado de saúde do indivíduo. Mas, postulam as autoras, para que esse processo de comunicar informações ocorra de fato “[...] é preciso escrutiná-lo minuciosa e frequentemente [...]” (p. 184), sendo cada vez mais decifrado:

Precisão, tecnologia e curiosidade têm motivado a criação de equipamentos sofisticados, sensíveis e microscópicos para inspecionar o corpo e, mais especificamente, o sangue humano. Conhecer tornou-se uma prerrogativa para sentirmos segurança, previsibilidade e amplitude terapêutica. O exame do sangue e dos demais fluidos corporais humanos parece que diminui o “risco” contido no desconhecimento, na generalidade, na superficialidade, na aleatoriedade. A crença é que, ao se conhecer o corpo, melhor se pode manejá-lo e, em última instância, dominar o seu futuro. (BEZERRA; FLEICHER, 2013, p. 184).

Na perspectiva das autoras, corroborada nesta pesquisa, o glicosímetro é a convergência da cultura e da técnica em relações sociais, perspectiva de teóricos das ciências, entre os quais destaca-se a filósofa Donna Haraway (2000). Nesse sentido, o estudo de Bezerra e Fleischer conclui:

Mas a intimidade com que se lida com esses “aparelhos” e o poder de enunciação que lhes é outorgado parecem nos indicar que eles se aproximam tanto do corpo humano que quase se cindem com ele. É como se, com a concretude do número que aparece no visor eletrônico ou no relógio medidor, o “aparelho” passasse a fazer parte desse corpo. É como se, mesmo sendo usado do lado de fora dos limites epidérmicos do corpo, este guardasse habilidades visionárias acerca do lado de dentro desses mesmos limites (2013, p. 185).

Há mais de uma década, portanto muito antes de iniciada a minha pesquisa, batizei meu glicosímetro, carinhosamente, de “sistema nervoso autônomo”, já que as medições de glicemia feitas por meio do aparelho me ajudam a tomar decisões de gestão da minha diabetes, como o que e quanto comer, quanto tomar de sua insulina.

Entre outros achados, as narrativas indicaram também as dificuldades dos adoecidos em adotar o padrão biomédico de normalidade para valores glicêmicos. A fala de Sílvia é um exemplo:

“Sempre que eu começo a me sentir esquisita, mesmo que gaste minha cota de tirinhas, usando o glicosímetro fora do horário, eu meço... [*E se*] estou com 80 já estou com hipo!”.

Muitas cartilhas de educação dirigidas às pessoas com diabetes afirmam que uma glicemia abaixo de 70 mg/dL deve ser considerada como hipoglicemia. Contudo, hoje, a própria biomedicina traz recentes estudos e análises sobre o problema, mostrando e avaliando a ocorrência de hipoglicemias noturnas em pacientes considerados bem controlados (MAIA; ARAÚJO, 2008), sob novas denominações como *hipoglicemia silenciosa noturna*. Ou seja, foco nas variações de comportamento das taxas glicêmicas e nos sintomas. Contudo, seguindo Mol (2008) entendemos que há variadas diabetes, corpos e práticas, que performam distintas ontologias e modos de lidar com a doença, inclusive seus portadores.

As angústias de pacientes que diziam seguir todas as normas e regras preconizadas no serviço, mas que não conseguiam controlar seus níveis glicêmicos altos, foram recorrentes.

“**Clemente:** Eu ponho a insulina na parte de baixo da geladeira, conservo ela bem guardada lá (...) Coloco a data quando começo a usar e depois de 30 dias jogo fora (...) Eu marco com uma canetinha de cada cor cada insulina e as datas delas. Também tomo a R meia hora antes de comer pra ela fazer efeito. E faço as medições. **Sou bem sistemático, sabe? (...) nunca erro.** Agora venho tendo **muita hipoglicemia, de madrugada...** (...) **Queria diminuir os remédios**, sei que tenho de comer, mas fica difícil... mas paciência, fazer o quê?” (grifos nossos)

Não temos evidências em ato de como eles desempenhavam seu autocuidado, se eram ou não seguidos de acordo com os protocolos estabelecidos. Porém, há um sentimento de frustração expresso na pergunta: por que não consigo, apesar de seguir tudo o que foi mandado? Talvez a resposta não esteja nas regras adotadas, mas nas condições e nas relações em que operam o autocuidado.

A última discussão tem relação com o relato da mãe de Rita e diz respeito ao fim da *lua de mel* de sua diabetes. A frustração e a dor em saber que a diabetes se torna definitiva no corpo da filha é tocante. À espera de um milagre Maria Lúcia

guardava uma esperança, na forma da remissão da doença, vinda de qualquer parte, do acaso ou da biomedicina:

“Ela já compreende muitas coisas... mas quem ficou mais triste fui eu. **A gente guarda uma esperança que alguma coisa possa mudar, mas não muda, né?** Só uma ilusão: vai ter de tomar insulina a vida inteira. E eu não sei como o que fazer pra diminuir a tristeza dela, com toda essa rotina... mas a tristeza maior é minha... dói ver minha filha sendo furada todos os dias...” (grifos nossos)

Igualmente tocante é notar a rede de autocuidado de Rita, tecida pela mãe com as professoras e com Elisa, a enfermeira da clínica. As redes, como podemos constatar, vão além das instituições e suas formalidades. Também passam por sentimentos como empatia, compaixão e solidariedade.

Nesse momento, fui atravessado também pela tristeza de Maria Lucia e me recordei de minha mãe. Em 1973, fui internado no hospital da Cruz Vermelha Brasileira, durante a ditadura civil-militar, onde recebi o diagnóstico. Uma epidemia de meningite atingia a cidade de São Paulo, oculta pelo governo Médici, e a população da periferia, empobrecida, foi a mais atingida pela doença, que registrou um alto índice de mortalidade. Não havia o SUS, à época, e só os equipamentos filantrópicos ofereciam alguma assistência, quando havia vagas. Era o caso da Cruz Vermelha Brasileira, então. Minha mãe conseguiu meu internamento e tratamento em meio aquele caos, graças à ajuda de vizinhos e dos próprios trabalhadores da organização filantrópica. Da narrativa de Maria Lúcia e da minha própria experiência, filio-me ao pressuposto de que atores sociais são atravessados e movidos pela solidariedade, em redes heterogêneas e complexas, móveis, fluídas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A diabetes não é apenas uma doença, no sentido estrito do termo. Ela é múltiplas doenças, uma vez que é também uma série de ontologias, definidas por práticas exercidas pelas mais variadas redes, relações e interações, que são performadas e performam o cuidado e o autocuidado das pessoas vivendo com diabetes e o grupo de pessoas que gravitam em torno delas. Ancorados na antropologia simétrica e na teoria ator-rede (TAR), entendemos que essas redes, complexas e heterogêneas, são conformadas por atores humanos e não humanos (actantes). Nessa perspectiva, entendemos ainda que tanto a doença quanto os adoecidos são performados pelas políticas públicas, que, postas em ação, definem o cuidado no âmbito Estado/Sistema Único de Saúde; pelas normas e pelos protocolos da biomedicina, que estabelecem os parâmetros do cuidado na rede pública de saúde; pelos artefatos biotecnológicos, como insulinas, glicosímetro e suas tiras reagentes, exames de hemoglobina glicosilada, seringas descartáveis; e pela estrutura organizacional da rede de atenção pública à saúde, nas esferas primária e secundária. Todos esses actantes, em movimento e em relação, produzem a diabetes.

No caso específico das redes de atenção, o presente estudo permitiu constatar que nelas são estabelecidas as mais incomuns relações a partir desses actantes. Incomum aqui quer dizer não esperados. Por exemplo, a presença de uma representante da indústria farmacêutica em ação promotora de ensino de autocuidado em um espaço público.

Foram encontradas, ainda, redes e relações além daquelas formais. Redes de solidariedade entre os profissionais de saúde e os usuários, extrapolando as interações formais do cuidado. Por outro lado, foi possível verificar uma estrutura ainda fortemente centrada nos procedimentos biomédicos, nas hierarquias que conduzem à disciplinarização dos corpos e dos sentidos da doença. Ou seja, há ainda na visão do cuidado que é prestado nessa rede uma forte concepção de que a diabetes é uma única diabetes, sempre a mesma, ainda que afete diferentes corpos. Essa visão gera uma única ontologia, em que não há possibilidade de negociações e escolhas pactuadas entre cada um dos adoecidos e a rede de cuidados. Isso interdita a

possibilidade de produção de um cuidado que considere um projeto terapêutico singular, que respeite as redes de relações e interações mantidas pelo adoecido na produção de autocuidado.

Paradoxalmente, a despeito dessa rigidez normativa, a dinâmica das próprias relações dos actantes em ato permite ao adoecido escapar dos protocolos, das noras e das regras impostas pelo biopoder. Essa escapada indica que os supostos objetos do cuidado são mais do que isso. Eles são sujeitos da sua produção de cuidado também.

7 REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. de C. M. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/Uerj, Abrasco, 2011.

BARSAGLINI, R. A. **As representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 248p.

BEZERRA, N.; FLEISCHER, S. A popularização de esfigmomanômetros e glicosímetros no bairro da Guariroba, Ceilândia/DF. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 183-193, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fchf/article/viewFile/28220/16065>>. Acesso em: 18 mar. 2015.

BRASIL. Lei n. 11.347, de 27 de setembro de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. Brasília, 29 set. 2006a. Disponível em: <<http://www.adj.org.br/download/pdf/11347.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.475, de 13 de outubro de 2006b. Aprova a 4ª edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2475.htm>>. Acesso em: 27 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 204, de 29 de janeiro de 2007a. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>>. Acesso em: 27 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.583 de 10 de outubro de 2007b. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2583.htm>>. Acesso em: fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013a. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html>. Acesso em: 06 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.555, de 30 de julho de 2013b. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html>. Acesso em: fev. 2014.

CAMPOS, E. A. Alcoolismo: doença e significado em Alcoólicos Anônimos. **Etnográfica**, Lisboa, v. 13, n. 1, p. 103-124, maio de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873-65612009000100007&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 out. 2013.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução de M. T. R. C. Barrocas; L. O. F. B. Leite. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2002. 307p.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault**. Trad. I. M. Xavier. Editora Autêntica, Belo Horizonte, 2009.

CAMPOS, E. A. Alcoolismo: doença e significado em Alcoólicos Anônimos. **Etnográfica**, Lisboa, v. 13, n. 1, p. 103-124, maio de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873-65612009000100007&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 out. 2013.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 55-77.

CUNHA, S. M. **Percursos, enfrentamentos e apoios na convivência com o câncer de mama**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo, 2013.

DIREITOS GARANTIDOS NO ESTADO DE SÃO PAULO. [s.l.], [2005?]. Disponível em: <http://www.eloizaquintela.com.br/diabetes_05.html>. Acesso em: 13 out. 2013.

FREIRE, L. L. A ciência em ação de Bruno Latour. **Cadernos IHU Ideias**, São Leopoldo, RS, Ano II, n. 192, 2013. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/190434393/Cadernos-IHU-Bruno-Latour#scribd>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

FOUCAULT, M. **O governo de si e dos outros**. São Paulo: Martins Fontes, 2010. 400p.

_____. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Tradução de M. T. C. Albuquerque; J. A. Guilhaon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

_____. **O nascimento da clínica**. Tradução de R. Machado. Rio de Janeiro: Forense, 1977. 241p.

FREIRE, L. L. Seguindo Bruno Latour: notas para uma antropologia simétrica. **Comum**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 26, p. 46-65, jan./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.ifcs.ufrj.br/~lemetro/pesquisadores/Leticia%20de%20Luna%20Freire/latour.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2013.

GOLDBAUM, M.; SERRUYA, S. J. O Ministério da Saúde e a política de ciência, tecnologia e inovação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 470-471, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n3/01.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2015.

GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Org.). **Pesquisadores in-mundo, um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

IDH ATLAS DIABETES – SIXTH EDITION. Bruxelas, 2014. Disponível em: <http://www.idf.org/sites/default/files/www_25610_Diabetes_Atlas_6th_Ed_SP_int_ok_0914.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2015.

KOVALESKI, D. F.; Sérgio Fernando Torres de Freitas, S. F. T. de; Botazzo, C. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, jan./mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29453.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

LATOUR, B. **A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos**. Bauru: Edusc, 2001.

_____. **Jamais fomos modernos: ensaios de antropologia simétrica**. 2. ed. 1 reimp. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994. 152p.

_____. **Reagregando o social: uma introdução à teoria do ator-rede**. Salvador: EDUFBA, 2012, 400 p.

LOPES, A. A. F. **Assumindo o cuidado de si: identidade e práticas associativas entre diabéticos**. 2010. 254 p. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo.

MERHY, E. E. et al. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, out. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2014.

MELO, L. P. **Remediar, comer, exercitar**: etnografia Dodô gerenciamento do diabetes tipo 2 em grupos Hiperdia. 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013a. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-11042014-140146/pt-br.php>>. Acesso em: 23 maio 2014.

_____. Análise biopolítica do discurso oficial sobre educação em saúde para pacientes diabéticos no Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p.1216-1225, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus** - Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>>. Acesso em 23 set. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil** (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diab.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, n. 16 (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF>. Acesso em: fev. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2011-2022**. Brasília, 2011.

MOL, A. **The logic of care**: health and the problem of patient choice. London: Routledge, 2008.

_____. **Política ontológica**. Algumas ideias e várias perguntas. Amsterdam: UvA-DARE, the institutional repository of the University of Amsterdam. Amsterdam. Originalmente apresentado como capítulo em: LAW, J.; HASSARD, J. (Ed.). **Actor network theory and after**. Oxford: Blackwell Publishing, 1999. Disponível em: <<http://dare.uva.nl/document/2/77537>>. Acesso em: 18 jan. 2015.

_____. **The body multiple: ontology of medical practice**. Durham: Duke University Press, 2002.

_____; LAW, J. Embodied action, enacted bodies. The example of hypoglycaemia. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/sala-de-noticias/2116-sao-12-milhoes-de-diabeticos-no-brasil>>. Acesso em: 21 set. 2013.

NEGRI, B. **A política de saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites** (Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

NEGRI, B. **Política federal de assistência farmacêutica: 1990 A 2002.** (Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

PAIVA, T. C. R.; MARTINS, M. I. C. As atividades do cuidado na área da gestão em saúde. In: MARTINS, M. I. C. et al. (Org.). **Trabalho em saúde, desigualdades e políticas públicas**. Rio de Janeiro: CICS – Publicações/eBooks, 2014. p. 293-303. Disponível em:

<http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cics_ebooks/article/view/1918>. Acesso em: 12 mar. 2015.

Tereza Cristina Ramos Paiva, Maria Inês Carsalade Martins

PEREIRA, A. R. P. F. et al. Análise do cuidado a partir das experiências das mães de crianças com paralisia cerebral. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 2, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902014000200616&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 nov. 2014.

PEREIRA, B. A. P. **Atenção domiciliar e produção do cuidado: apostas e desafios atuais.** 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2), p. 276-283, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2013.

RANGEL, V. M. Como se constrói um corpo múltiplo: a praxiografia de um cenário médico contemporâneo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 325-328, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n1/a17v20n1.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

ROSSI, P. S.; PEREIRA, P. P. G. O remédio é o menor dos problemas: seguindo redes na adesão ao tratamento de aids. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 484-495, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0484.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

SÃO BERNARDO DO CAMPO (município). **Sumário de dado.** São Bernardo do Campo, 2012. Disponível em: <http://www.saobernardo.sp.gov.br/sumario-de-dados/-/document_library_display/UvzIcNBVH0WI/view/37810?_110_INSTANCE_UvzIc>

NBVH0WI_redirect=http%3A%2F%2Fwww.saobernardo.sp.gov.br%2Fsumario-dedados%3Fp_p_id%3D110_INSTANCE_UvzIcNBVH0WI%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-2%26p_p_col_count%3D1>. Acesso em: 13 jan. 2015.

SÃO BERNARDO DO CAMPO (município). **Plano Municipal de Saúde – 2010-2013**. São Bernardo do Campo, 2009. Disponível em: <http://observasaude.fundap.sp.gov.br/McSaoBernardoDoCampo/Documentos%20de%20Gesto%20Municipal/Plano%20Municipal%20de%20Sa%C3%BAde%20-%202010-2013/Plano%20Municipal%20de%20Sa%C3%BAde_2010_2013.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **São 12 milhões de diabéticos no Brasil**. São Paulo, 18 abr. 2012b. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/sala-de-noticias/2116-sao-12-milhoes-de-diabeticos-no-brasil>>. Acesso em: 21 set. 2013.

SOUZA, I. M. A. A noção de ontologia múltipla e suas consequências políticas. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 36., 2012, Águas de Lindoia. **Artigo...** São Paulo: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, 2012. Disponível em: <http://portal.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=8114&Itemid=217>. Acesso em: 19 fev. 2015.

VALLADARES, L. Os dez mandamentos da observação participante. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 22, n. 63, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092007000100012>. Acesso em: 12 mar. 2015.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, out./dez. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2012**. Genebra, 2012. Disponível em: <http://who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/index.html. http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF>. Acesso em: 21 set. 2013.

ZORZAM, B. A. de O. **Informações e escolha no parto**: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

ANEXOS

Anexo A – Termo de Aprovação Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública –
Universidade de São Paulo

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Secretaria de Saúde

Rua Luiz Ferreira da Silva, 172/174 – Parque São Diogo – CEP 09732-610 – PABX: 4336-7050 – e-mail: gss@saobernardo.sp.gov.br

Ofício: SS/DAE - 06/2015

Assunto: Autoriza realização de pesquisa.

São Bernardo do Campo, 02 de março de 2015.

Prezado Senhor:

Tendo em vista a relevância e importância do projeto de pesquisa “Diabetes: práticas e sentidos de cuidado e autocuidado em fluxo de Sistema Único de Saúde (SUS)”, para as unidades de saúde do município de São Bernardo do Campo, informamos que autorizamos sua realização.

Atenciosamente.

DÉBORA DO CARMO

Diretora do Departamento de Atenção Especializada

Ao

Senhor Alexandre Pereira Cruce / Professor Dr. Edemilson Antunes de Campos

Universidade de São Paulo - USP

Faculdade de Saúde Pública e Escola de Artes, Ciências e Humanidades EACH

Anexo B – Termo de Aprovação Comitê de Ética - Secretaria de Saúde do município de São Bernardo do Campo

**ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PACIENTES DIABÉTICOS INSULINODEPENDENTES – CLÍNICA DE
ESPECIALIDADES I – S. BERNARDO DO CAMPO.**

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa *Diabetes: sentidos e práticas de cuidado e autocuidado em fluxo no Sistema Único de Saúde*.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: O **motivo** que nos leva a estudar como o diabético insulín dependente pratica seu cuidado e como se relaciona com o tratamento, os medicamentos e os profissionais de saúde da rede pública é entender o seu cotidiano. A pesquisa se **justifica** dado o aumento do número de diabéticos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O **objetivo** desse projeto é analisar como os diabéticos interpretam os procedimentos de cuidados orientados pelos profissionais de saúde e transformam os mesmos em atos de autocuidado. E se esses atos influenciam, por sua vez, as futuras recomendações e práticas dos profissionais de saúde. A **coleta de dados** ocorrerá através das seguintes formas: 1. **Observação** do pesquisador das rotinas de cuidados do voluntário(a) da pesquisa em sua casa ou outros lugares e na Clínica de Especialidades I – Av Armando Ítalo Setti, 402, como consultas junto aos médicos endocrinologistas e/ou procedimentos a serem conduzidos pelos demais profissionais de saúde – enfermeiros, auxiliares de enfermagem, farmacêuticos, auxiliares de farmácia, gestores e auxiliares administrativos. A **observação** será agendada previamente e de comum acordo com o voluntário(a) da pesquisa e os profissionais de saúde envolvidos nas rotinas. 2. **Entrevistas** agendadas entre o pesquisador e voluntário(a). 3. **Consulta** aos prontuários médicos e administrativos disponíveis sobre o(a) voluntário(a).

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO: A participação no estudo não acarretará custos para você.

RISCO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: O risco para você, sua saúde e integridade física e moral são mínimos.

Eu, _____
_____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão, se assim o desejar.

Em caso de dúvidas poderei chamar o pesquisador Alexandre Pereira Cruce pelos telefones (11) 5506-6484 e (11) 95311-0860, seu orientador Edemilson Antunes de Campos, telefone (11) 3091-8903 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP, fone (11) 3061-7779.

Declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
Nome	Assinatura da Testemunha	Data

**ANEXO D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PROFISSIONAL DE SAÚDE – CLÍNICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
I – S. BERNARDO DO CAMPO.**

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa *Diabetes: sentidos e práticas de cuidado e autocuidado em fluxo no Sistema Único de Saúde*.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: O **motivo** que nos leva a estudar como o diabético insulínico independente pratica seu cuidado e como se relaciona com o tratamento, os medicamentos e os profissionais de saúde da rede pública é entender o seu cotidiano. A pesquisa se **justifica** dado o aumento do número de diabéticos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O **objetivo** desse projeto é analisar como os diabéticos interpretam os procedimentos de cuidados orientados pelos profissionais de saúde e transformam os mesmos em atos de cuidado. E se esses atos influenciam, por sua vez, as futuras recomendações e práticas dos profissionais de saúde. A **coleta de dados** ocorrerá através das seguintes formas: 1. **Observação** do pesquisador das rotinas de cuidados do voluntário(a) da pesquisa na Clínica de Especialidades I, av. Armando Ítalo Setti 402, como consultas junto aos médicos endocrinologistas e/ou procedimentos a serem conduzidos pelos demais profissionais de saúde – enfermeiros, auxiliares de enfermagem, farmacêuticos, auxiliares de farmácia, nutricionistas, gestores e auxiliares administrativos. A **observação** será agendada previamente e de comum acordo com o voluntário(a) da pesquisa e os profissionais de saúde envolvidos nas rotinas. 2. **Entrevistas** agendadas entre o pesquisador e voluntário(a).

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO: A participação no estudo não acarretará custos para você

RISCO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: O risco para você, sua saúde e integridade física e moral são mínimos.

Eu, _____, _____
 , _____ (profissão/atividade exercida)

fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão, se assim o desejar.

Em caso de dúvidas poderei chamar o pesquisador Alexandre Pereira Cruce pelos telefones (11) 5506-6484 e (11) 95311-0860, seu orientador Edemilson Antunes de Campos, telefone (11) 3091-8903 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP, fone (11) 3061-7779.

Declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
Nome	Assinatura da Testemunha	Data

ANEXO E: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA – CLÍNICA DE ESPECIALIDADE
MÉDICA I – S. BERNARDO DO CAMPO.

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa *Diabético: sentidos e práticas de cuidado e autocuidado em fluxo no Sistema Único de Saúde*.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: O **motivo** que nos leva a estudar como o diabético insulínico independente pratica seu cuidado e como se relaciona com o tratamento, os medicamentos e os profissionais de saúde da rede pública é entender o seu cotidiano. A pesquisa se **justifica** dado o aumento do número de diabéticos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O **objetivo** desse projeto é analisar como os diabéticos interpretam os procedimentos de cuidados orientados pelos profissionais de saúde e transformam os mesmos em atos de cuidado. E se esses atos influenciam, por sua vez, as futuras recomendações e práticas dos profissionais de saúde. A **coleta de dados** ocorrerá através das seguintes formas: 1. **Observação** do pesquisador das rotinas de cuidados do voluntário(a) da pesquisa na Clínica de Especialidades I, av. Armando Ítalo Setti 402, como consultas e/ou procedimentos a serem conduzidos pelos demais profissionais de saúde – enfermeiros, auxiliares de enfermagem, farmacêuticos, auxiliares de farmácia, nutricionistas, gestores e auxiliares administrativos. A **observação** será agendada previamente e de comum acordo com o voluntário(a) da pesquisa e os profissionais de saúde envolvidos nas rotinas. 2. **Entrevistas** agendadas entre o pesquisador e voluntário(a). 3. **Consulta** aos prontuários médicos e administrativos disponíveis sobre o(a) voluntário(a).

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO: A participação no estudo não acarretará custos para você

RISCO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: O risco para você, sua saúde e integridade física e moral são mínimos.

Eu, _____

fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão, se assim o desejar.

Em caso de dúvidas poderei chamar o pesquisador Alexandre Pereira Cruce pelos telefones (11) 5506-6484 e (11) 95311-0860, seu orientador Edemilson Antunes de Campos, telefone (11) 3091-8903 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP, fone (11) 3061-7779.

Declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data

Nome	Assinatura da Testemunha	Data
------	--------------------------	------

ANEXO E: Email a Fundação Fiocruz/Farmanguinhos sobre produção de insulina humana e resposta

To: sac@far.fiocruz.br

> Sent: Fri, 30 Jan 2015 19:08:29 -0200 (BRST)

> Subject: Produção de insulina nacional - parceria da Farmanguinhos com os laboratórios ucraniano e brasileiro Indar e Biommm

>

> > Boa tarde:

> >

> > Meu nome é Alexandre Pereira Cruce, sou pesquisador da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Estou concluindo pesquisa de mestrado chamada Diabetes: práticas e sentidos de cuidado e autocuidado em fluxo no Sistema Único de Saúde (SUS). Levantei algumas fontes, dentre as quais o Blog da Saúde do Ministério da Saúde e o Portal Fiocruz para saber o estágio em que se encontram os projetos relativos à fabricação de insulina em território nacional, por organizações brasileiras. E não encontro mais nenhuma informação a partir do segundo semestre de 2013. Acessei até os relatórios econômico-financeiros e de gestão da Biommm, destinados à Comissão de Valores Mobiliários (CVM), que a empresa de capital aberto é obrigada a publicar e não encontrei nenhuma informação. Eu gostaria de saber informações sobre as parcerias e em que estágio se encontra e alguma previsão para a produção de insulina através de tecnologia recombinante. Aliás, quais tipos de

> insulina seriam produzidas, NPH e R? Ou algum outro tipo?

> >

> > Obrigado

> >

> > Alexandre Pereira Cruce

> > Mestrando 317938 - FSP/USP

Prezado(a) Sr(a). Alex Pereira,

>

>

>

> Agradecemos seu contato e informamos que ele foi registrado em nosso sistema com o número 11528, em 02/02/2015.

>

> Esclarecemos que a Parceria de Desenvolvimento Produtivo da Insulina Humana Recombinante entre Farmanguinhos e o Laboratório Indar S. A., atualmente encontra-se em fase de absorção de tecnologia no laboratório de bioprodutos e ainda não temos previsão de quando será fabricado por Farmanguinhos, pois aguardamos definições do Ministério da Saúde.

>

> No entanto, durante este período de desenvolvimento, a insulina vem sendo produzida na Ucrânia através da tecnologia recombinante, já com a identidade visual de Farmanguinhos, a fim de garantir o fornecimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

>

> Informamos ainda que a PDP contempla a produção das insulinas NPH e R.

>

>

>

> Sem mais para o momento, colocamo-nos a disposição para maiores esclarecimentos, sempre que necessário, por este e-mail ou por nosso SAC 0800 024 16 92.

>

>

>

> Atenciosamente,

>

>

>

> Serviço de Atendimento ao Cidadão

>

> Farmanguinhos / FIOCRUZ

>

> Fone: 08000241692

>

> (AHS)

ANEXO G: Currículo Lates Edemilson Antunes de Campos

Edemilson Antunes de Campos

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5269117055454637>

Última atualização do currículo em 16/02/2015

possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (1991), Mestrado em Ciência Política pela Universidade Estadual de Campinas (1998), Doutorado Sandwich (Antropologia Urbana) na Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (2002-2003), Doutorado em Ciências Sociais pela Universidade Federal de São Carlos (2005) e Pós-Doutorado junto ao Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société (CERMES) da École des Hautes Études en Sciences Sociales (2008-2009). Atualmente é professor doutor da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP) e professor e orientador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. Tem experiência na área de Antropologia, com ênfase em Antropologia da Saúde, Antropologia do Nascimento e em Pesquisa Qualitativa em Saúde, com livros e artigos publicados sobre os seguintes temas: alcoolismo e grupos de mútua-ajuda; grupos de doentes; processo saúde-doença na perspectiva cultural; modos de subjetivação e o processo saúde/doença nas sociedades contemporâneas. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Edemilson Antunes de Campos
Nome em citações bibliográficas	CAMPOS, E. A.; Campos, Edemilson Antunes de; Antunes de Campos, Edemilson; CAMPOS, E.A.; DE CAMPOS, EDEMILSON ANTUNES

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Rua Arlindo Bettio, 1000 Ermelino Matarazzo 03828-000 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30918903 URL da Homepage: www.each.usp.br
------------------------------	---

Formação acadêmica/titulação

2001 - 2005	Doutorado em Ciências Sociais (Conceito CAPES 4). Universidade Federal de São Carlos, UFSCAR, Brasil. com período sanduíche em Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales (Orientador: Sylvie Fainzang). Título: Alcoolismo, doença e pessoa: uma etnografia da associação de ex-bebedores Alcoólicos Anônimos, Ano de obtenção: 2005. Orientador: Profa. Dra. Marina Denise Cardoso. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: Alcoólicos Anônimos; alcoolismo; doença; grupos de mútua-ajuda; pessoa; individualismo. Grande área: Ciências Humanas / Área: Antropologia / Subárea: Antropologia da Saúde. Grande Área: Ciências Humanas / Área: Antropologia / Subárea: Antropologia Urbana. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde
--------------------	---

1992 - 1998

Pública.

Setores de atividade: Educação Superior; Saúde Humana.

Mestrado em Ciência Política (Conceito CAPES 5).

Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil.

Título: A tirania de Narciso: alteridade, narcisismo e política, Ano de Obtenção: 1998.

Orientador: Profa. Dra. Amnéris Angela Maroni.

Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.

Palavras-chave: política; narcisismo; Rousseau J.J; Teoria Política; psicanálise.

Grande área: Ciências Humanas / Área: Ciência Política.

Grande Área: Ciências Humanas / Área: Ciência Política / Subárea: Teoria Política.

Setores de atividade: Educação Superior.

1987 - 1991

Graduação em Ciências Sociais.

Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil.

Título: A questão da cidadania no pensamento de Jean-Jacques Rousseau.

Orientador: Profa. Dra. Amnéris Angela Maroni.

Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.

Pós-doutorado

2008 - 2009

Pós-Doutorado.

Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales, EHESS, França.

Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.

Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.

Formação Complementar

2008 - 2008

Sujeito e subjetividades em Nietzsche e Foucault. (Carga horária: 16h). Instituto Sedes Sapientiae.

2008 - 2008

Reinventando os Clássicos. (Carga horária: 8h).

Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais.

2007 - 2007

Metodologia de Pesquisa Qualitativa em Saúde. (Carga horária: 16h).

Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

2007 - 2007

Da Arqueologia do Saber à Genealogia do Poder. (Carga horária: 24h).

Instituto Sedes Sapientiae.

2004 - 2004

Extensão universitária em Etnias, Diversidade e Saúde. (Carga horária: 40h).

Faculdade de Saúde Pública.

2002 - 2003

Groupe de Réflexion sur le Brésil Contemporain.

Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales, EHESS, França.

2002 - 2003

Anthropologie Politique du Brésil.

Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales, EHESS, França.

2002 - 2003

Engagement et réflexivité en anthropologie.

Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales, EHESS, França.

2002 - 2003

Anthropologie Politique de la Santé.

Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales, EHESS, França.

2002 - 2003

Individu et Société.

Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales, EHESS, França.

Atuação Profissional

Universidade Federal de Uberlândia, UFU, Brasil.

Vínculo institucional**1997 - 1998**

Vínculo: Professor Substituto, Enquadramento Funcional: Professor Substituto, Carga horária: 20

Outras informações

Aprovação no processo seletivo para Professor Substituto, no Departamento de Ciências Sociais, na área de Ciências Sociais, realizado no dia 24 de março de 1997.

Atividades**03/1997 - 03/1998**

Ensino, Ciências Sociais, Nível: Graduação
Disciplinas ministradas
sociologia geral

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.**Vínculo institucional****2007 - Atual**

Vínculo: , Enquadramento Funcional: Professor Doutor MS 3.2, Carga horária: 40, Regime: Dedicação exclusiva.

Outras informações

Docente da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) no curso de Obstetrícia, no regime RDIDP, referência MS-3.2, na área de Ciências Humanas e Sociais e Saúde. Promovido por mérito acadêmico ao nível 2 da carreira docente de professor doutor em outubro de 2012.

Atividades**04/2012 - Atual**

Conselhos, Comissões e Consultoria, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, .

Cargo ou função

Membro titular do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

08/2009 - Atual

Pesquisa e desenvolvimento , Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiatria.

Linhas de pesquisa

[Antropologia do nascimento: experiências, modelos e práticas de assistência.](#)

08/2009 - Atual

Pesquisa e desenvolvimento , Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiatria.

Linhas de pesquisa

[Corporeidade e experiência no processo saúde-doença](#)

08/2009 - Atual

Pesquisa e desenvolvimento , Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiatria.

Linhas de pesquisa

[Modelos terapêuticos e sistemas de cuidado em saúde](#)

08/2014 - 12/2014

Ensino, Obstetrícia, Nível: Graduação

Disciplinas ministradas

Estudos Diversificados II, Ética e Legislação, Bioética e Dilemas da Reprodução Humana

09/2014 - 11/2014

Ensino, Doutorado Interunidades em Enfermagem EEUSP e EERP, Nível: Pós-Graduação

Disciplinas ministradas

Sociedade e Políticas de Saúde

05/2014 - 06/2014

Ensino, Doutorado Interunidades em Enfermagem EEUSP e EERP, Nível: Pós-Graduação

Disciplinas ministradas

Antropologia das Práticas de Cuidado

03/2014 - 06/2014

Ensino, Obstetrícia, Nível: Graduação

Disciplinas ministradas

Antropologia do Nascimento; Estudos Diversificados I, Antropologia da Saúde

03/2014 - 05/2014

Ensino, Doutorado Interunidades em Enfermagem EEUSP e EERP, Nível: Pós-Graduação

Disciplinas ministradas

Processo Saúde-Doença no Curso da Vida

08/2013 - 12/2013

Ensino, Obstetrícia, Nível: Graduação

Disciplinas ministradas

Biética e Dilemas da Reprodução Humana

	Estudos Diversificados II - Pesquisa Social em Saúde Ética e Legislação
05/2013 - 06/2013	Ensino, Doutorado Interunidades em Enfermagem EEUSP e EERP, Nível: Pós-Graduação Disciplinas ministradas Processo saúde-doença no curso da vida
03/2013 - 06/2013	Ensino, Obstetrícia, Nível: Graduação Disciplinas ministradas Antropologia do Nascimento Estudos Diversificados I: Processo saúde-doença na perspectiva cultural Resolução de Problemas I
03/2013 - 04/2013	Ensino, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Nível: Pós-Graduação Disciplinas ministradas Seminários em Antropologia Social e Saúde Pública
03/2013 - 04/2013	Ensino, Doutorado Interunidades em Enfermagem EEUSP e EERP, Nível: Pós-Graduação Disciplinas ministradas Antropologia das Práticas de Cuidados
08/2012 - 12/2012	Ensino, Obstetrícia, Nível: Graduação Disciplinas ministradas Estudos Diversificados II - Pesquisa Social em Saúde Ética e Legislação
08/2012 - 12/2012	Ensino, Obstetrícia, Nível: Graduação Disciplinas ministradas Estudos Diversificados II - Pesquisa Social em Saúde Ética e Legislação
09/2012 - 11/2012	Ensino, Doutorado Interunidades em Enfermagem EEUSP e EERP, Nível: Pós-Graduação Disciplinas ministradas Sociedade e Políticas de Saúde
08/2012 - 09/2012	Ensino, Doutorado Interunidades em Enfermagem EEUSP e EERP, Nível: Pós-Graduação Disciplinas ministradas Antropologia das Práticas de Cuidados
03/2012 - 06/2012	Ensino, Obstetrícia, Nível: Graduação Disciplinas ministradas Antropologia do Nascimento Estudos Diversificados I - Processo Saúde-Doença na Perspectiva Cultural
03/2012 - 05/2012	Ensino, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Nível: Pós-Graduação Disciplinas ministradas Seminários em Antropologia Social e Saúde Pública
08/2011 - 12/2011	Ensino, Obstetrícia, Nível: Graduação Disciplinas ministradas Ética e Legislação Profissional Estudos Diversificados II - Pesquisa Social em Saúde Antropologia da Saúde
03/2011 - 06/2011	Ensino, Obstetrícia, Nível: Graduação Disciplinas ministradas Antropologia do nascimento Estudos Diversificados I - O processo saúde-doença na perspectiva cultural Ética e Legislação profissional Resolução de Problemas I
03/2011 - 06/2011	Ensino, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Nível: Pós-Graduação Disciplinas ministradas Seminários de Antropologia Social e Saúde Pública
08/2010 - 12/2010	Ensino, Obstetrícia, Nível: Graduação Disciplinas ministradas Estudos Diversificados - Antropologia e Saúde
08/2010 - 12/2010	Ensino, Obstetrícia, Nível: Graduação

08/2010 - 12/2010	<p>Disciplinas ministradas</p> <p>Questões e dilemas éticos relacionados à reprodução humana</p> <p>Ensino, Doutorado Interunidades em Enfermagem EEUSP e EERP, Nível: Pós-Graduação</p>
03/2009 - 12/2010	<p>Disciplinas ministradas</p> <p>Temas avançados sobre o processo saúde-doença na perspectiva cultural</p> <p>Extensão universitária , Escola de Artes, Ciências e Humanidades, .</p> <p>Atividade de extensão realizada</p> <p>Projeto Profissões Canal Saúde - IPTv/USP.</p>
09/2007 - 09/2010	<p>Conselhos, Comissões e Consultoria, Escola de Enfermagem, Comitê de Ética em Pesquisa.</p> <p>Cargo ou função</p> <p>Membro Titular do CEP EEUSP.</p>
03/2010 - 06/2010	<p>Ensino, Obstetrícia, Nível: Graduação</p> <p>Disciplinas ministradas</p> <p>Modelos, Locais e Agentes da Assistência Obstétrica</p>
03/2010 - 06/2010	<p>Ensino, Obstetrícia, Nível: Graduação</p> <p>Disciplinas ministradas</p> <p>Temas Contemporâneos em Saúde da Mulher</p>
03/2010 - 06/2010	<p>Ensino, Doutorado Interunidades em Enfermagem EEUSP e EERP, Nível: Pós-Graduação</p> <p>Disciplinas ministradas</p> <p>O processo saúde-doença na perspectiva cultural</p>
03/2010 - 05/2010	<p>Ensino, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Nível: Pós-Graduação</p> <p>Disciplinas ministradas</p> <p>Seminários em Antropologia Social e Saúde Pública</p>
08/2009 - 12/2009	<p>Ensino, Obstetrícia, Nível: Graduação</p> <p>Disciplinas ministradas</p> <p>Questões e Dilemas Éticos relacionados à Reprodução Humana</p> <p>Resolução de Problemas II</p> <p>Saúde Pública e Questões Contemporâneas: Política Pública, História e Cultura</p>
08/2009 - 10/2009	<p>Ensino, Doutorado Interunidades em Enfermagem EEUSP e EERP, Nível: Pós-Graduação</p> <p>Disciplinas ministradas</p> <p>O processo Saúde-Doença no Curso da Vida</p> <p>Temas Avançados sobre o Processo Saúde-Doença na Perspectiva Cultural</p>
03/2009 - 06/2009	<p>Ensino, Obstetrícia, Nível: Graduação</p> <p>Disciplinas ministradas</p> <p>Modelos, Local e Agentes da Assistência Obstétrica</p> <p>Resolução de Problemas</p> <p>Temas Contemporâneos em Saúde da Mulher</p>
03/2009 - 05/2009	<p>Ensino, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Nível: Pós-Graduação</p> <p>Disciplinas ministradas</p> <p>Seminários em Antropologia Social e Saúde Pública</p>
03/2009 - 05/2009	<p>Ensino, Doutorado Interunidades em Enfermagem EEUSP e EERP, Nível: Pós-Graduação</p> <p>Disciplinas ministradas</p> <p>O processo saúde-doença na perspectiva cultural</p>
08/2007 - 02/2009	<p>Extensão universitária , USP Leste, Escola de Artes, Ciências e Humanidades.</p> <p>Atividade de extensão realizada</p> <p>Membro do Conselho Gestor do Centro de Cidadania da Mulher de Itaquera.</p>
08/2008 - 12/2008	<p>Ensino, Obstetrícia, Nível: Graduação</p> <p>Disciplinas ministradas</p> <p>ACH 0042 - Resolução de Problemas II</p> <p>ACH 5026 - Questões Dilemas Éticos Relacionados à Reprodução Humana</p>
02/2008 - 07/2008	<p>Ensino, Obstetrícia, Nível: Graduação</p> <p>Disciplinas ministradas</p> <p>ACH 5023 - Temas Contemporâneos em Saúde da Mulher</p>

03/2008 - 04/2008

ACH 5041 - Modelos, Local e Agentes da Assistência Obstétrica
Ensino, Doutorado Interunidades em Enfermagem EEUSSP e EERP, Nível: Pós-Graduação

Disciplinas ministradas

O processo saúde-doença no curso da vida

08/2007 - 12/2007

Ensino, Obstetrícia, Nível: Graduação

Disciplinas ministradas

ACH 0042 - Resolução de Problemas II

ACH 5026 - Questões e Dilemas Éticos Relacionados à Reprodução Humana

Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil.

Vínculo institucional

2006 - 2008

Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Pesquisador Colaborador Voluntário

Outras informações

De de agosto de 2006 a agosto de 2008, exerci a função de Pesquisador Colaborador Voluntário junto ao Departamento de Medicina Preventiva e Social - DMPS - da Faculdade de Ciências Médicas - FCM.

Atividades

08/2006 - Atual

Pesquisa e desenvolvimento , Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Preventiva e Social.

Linhas de pesquisa

Cultura, Saúde e Doença

Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales, EHESS, França.

Vínculo institucional

2002 - 2003

Vínculo: Estágio de Doutorado Sandwich, Enquadramento Funcional: Estagiário de Doutorado

Outras informações

Entre setembro de 2002 e setembro de 2003, fui bolsista da CAPES na École des Hautes Études en Sciences Sociales EHESS França, onde realizei Doutorado Sandwich em Antropologia Urbana, sob orientação da professora Sylvie Fainzang, Directrice de Thèse da EHESS e Directeur de recherche do Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale INSERM. No Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société - CERMES -, segui atividades relacionadas à área da Antropologia da Saúde e de Antropologia Social. Realizei um trabalho de campo junto ao grupo de mútua ajuda Alcoólicos Anônimos e do setor de alcoologia do hospital Fernand Vidal em Paris. Também realizei um extensa bibliográfica sobre o tema do alcoolismo, da dependência do álcool e do modelo terapêutico proposto pelos grupos de mútua ajuda de Alcoólicos Anônimos, nas bibliotecas do Institut de Recherche Scientifiques sur les Boissons - IREB - e da EHESS.

Atividades

09/2002 - 09/2003

Pesquisa e desenvolvimento , Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société - CERMES, .

Linhas de pesquisa

Santé publique, maladie et handicap

Faculdade Cásper Líbero, FCL, Brasil.

Vínculo institucional

1995 - 2007

Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Professor Adjunto, Carga horária: 12

Outras informações

Contrato rescindido em 29 de junho de 2007.

Atividades

03/1995 - 06/2007

Ensino, Jornalismo, Nível: Graduação

Disciplinas ministradas

Antropologia

Cultura Brasileira

03/1995 - 06/2007

Ensino, Publicidade e Propaganda, Nível: Graduação

Disciplinas ministradas

Antropologia

03/1995 - 12/2006

Ensino, Turismo, Nível: Graduação

Disciplinas ministradas

Antropologia

03/2004 - 12/2005

Pesquisa e desenvolvimento , Centro Interdisciplinar de Pesquisa - CIP, .

Linhas de pesquisa

Comunicação, Política e Sociedade

Universidade Federal de São Carlos, UFSCAR, Brasil.**Vínculo institucional****2001 - 2005**

Vínculo: Pesquisador, Enquadramento Funcional: Membro do Grupo de Pesquisa - GEP

Outras informações

Esse GEP é formado por duas linhas de pesquisa: a primeira, a qual me integro, tem como objetivo principal investigar os modelos terapêuticos como parte dos sistemas simbólicos culturalmente ordenados, procurando alinhar essa análise com os aspectos organizacionais, institucionais e político-ideológicos dos programas de saúde pública. Procura-se, assim, contribuir para a identificação dos principais problemas referentes ao atendimento médico oficial, apontando para os seus eventuais limites e identificando suas distorções. A segunda linha de pesquisa procura ampliar o enfoque etnográfico e analítico em torno das práticas corporais e das apropriações simbólicas sobre o corpo, abordando outras dimensões sociais, notadamente aquelas vinculadas às esferas do lazer e das práticas esportivas.

Atividades**03/2001 - 09/2005**

Pesquisa e desenvolvimento , Centro de Educação e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais - PPGCSO.

Linhas de pesquisa

Modelos Terapêuticos, Políticas de Saúde e a Investigação Antropológica

Escola Paulista de Direito Social, EPDS, Brasil.**Vínculo institucional****2004 - 2005**

Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Professor, Carga horária: 4

Outras informações

Ministrei aulas de Metodologia e Pesquisa do Ensino, no curso de Especialização em Direito Previdenciário, nos dias 08, 13 e 27 de setembro; 04, 18 e 25 de outubro e 22 e 29 de novembro de 2004 e dia 28 de fevereiro de 2005.

Atividades**09/2004 - 02/2005**

Ensino, Direito Previdenciário, Nível: Especialização

Disciplinas ministradas

Metodologia e Pesquisa do Ensino

Centro Universitário Capital, UNICAPITAL, Brasil.**Vínculo institucional****1998 - 2002**

Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: professor, Carga horária: 16

Atividades**03/1998 - 07/2002**

Ensino, Psicologia, Nível: Graduação

Disciplinas ministradas

Antropologia

03/1998 - 07/2002

Ensino, Relações Internacionais, Nível: Graduação

Disciplinas ministradas

Antropologia

03/1998 - 07/2002

Ensino, Administração de Empresas, Nível: Graduação

Disciplinas ministradas

Metodologia da Pesquisa Científica

Linhas de pesquisa**1.**

Comunicação, Política e Sociedade

- Objetivo: Reunir contribuições sobre o papel da comunicação nas relações sociais, a partir de uma abordagem interdisciplinar..
Grande área: Ciências Sociais Aplicadas / Área: Comunicação.
Setores de atividade: Educação Superior.
Palavras-chave: Comunicação; política.
- 2.** Modelos Terapêuticos, Políticas de Saúde e a Investigação Antropológica
Objetivo: O objetivo principal desta linha de pesquisa é o de investigar os modelos terapêuticos como parte dos sistemas simbólicos culturalmente ordenados, procurando alinhar essa análise com os aspectos organizacionais, institucionais e político-ideológicos dos programas de saúde pública.
Pesquisas já concluídas e/ou em andamento incluem: 1) projetos localizados que trabalham com a articulação entre as "representações nativas" sobre doença e processos terapêuticos; 2) projetos sobre programas de atendimento à saúde pública, enfocando o seu impacto sobre as populações-alvo; 3) projetos sobre formas organizacionais de caráter terapêutico. .
Grande área: Ciências Humanas / Área: Antropologia.
Setores de atividade: Educação Superior; Cuidado À Saúde das Pessoas; Cuidado À Saúde das Populações Humanas.
Palavras-chave: Modelo Terapêutico; Política de Saúde; antropologia.
- 3.** Santé publique, maladie et handicap
- 4.** Cultura, Saúde e Doença
Objetivo: Abordagem do Processo Saúde-Doença, com ênfase nos aspectos socio-culturais que envolvem as práticas terapêuticas nas sociedades contemporâneas.
Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Medicina Preventiva.
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva.
Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Populações Humanas; Cuidado À Saúde das Pessoas; Saúde Humana.
Palavras-chave: antropologia da saúde; Política de Saúde; Processo Saúde-Doença.
- 5.** Antropologia do nascimento: experiências, modelos e práticas de assistência.
Objetivo: Estudos sobre a experiência do nascimento na perspectiva das pessoas que vivenciam o processo. Estudos que envolvem práticas populares e profissionais relativas ao cuidado no processo de nascimento em diversos contextos sócio culturais. Estudo do processo de nascimento na perspectiva da interculturalidade. Estudo das experiências e narrativas do parto e nascimento..
Grande área: Ciências Humanas / Área: Antropologia / Subárea: Antropologia da Saúde.
Setores de atividade: Educação; Saúde e Serviços Sociais.
Palavras-chave: antropologia; Processo de Nascimento.
- 6.** Corporeidade e experiência no processo saúde-doença
Objetivo: Estudo da construção cultural e simbólica do corpo no processo saúde-doença. Estudo das narrativas e experiências do adoecer. Estudo do processo saúde-doença no curso da vida na perspectiva cultural..
Grande área: Ciências Humanas / Área: Antropologia.
Grande Área: Ciências Humanas / Área: Antropologia / Subárea: Antropologia da Saúde.
Setores de atividade: Educação; Saúde e Serviços Sociais.
Palavras-chave: antropologia; Corpo; cultura.
- 7.** Modelos terapêuticos e sistemas de cuidado em saúde
Objetivo: Envolve estudos sobre os processos de adoecimento na perspectiva médica e popular, e as práticas de cura e de cuidados. Estudo dos sistemas de cuidados à saúde: tradicional, popular e médico e suas relações com os contextos socioculturais..
Grande área: Ciências Humanas / Área: Antropologia / Subárea: Antropologia da Saúde.
Setores de atividade: Educação; Saúde e Serviços Sociais.
Palavras-chave: Modelo Terapêutico; cultura; Cuidados em saúde.

Projetos de pesquisa

2012 - Atual

CORPO, CULTURA E SEXUALIDADE: REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DE MULHERES SOBRE O EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER CERVICO-UTERINO PAPANICOLAU

Descrição: O objetivo desta pesquisa é o de compreender as representações e as práticas de mulheres sobre o exame preventivo de câncer de colo uterino por meio da análise dos códigos sociais e culturais que operam no processo saúde-doença. Trata-se de compreender a lógica que orienta as práticas das mulheres em relação ao exame papanicolau e, por essa via, analisar suas consequências na prevenção do cancer cervico-uterino. Este projeto será realizado por meio de etnografias locais e entrevistas semi-estruturadas com mulheres e, idade reprodutiva de 25 a 59 anos, moradoras do Jardim Keralux, localizado na Zona Leste do município de São Paulo. Parte-se do pressuposto de que a saúde e a doença são realidades simbolicamente construídas tanto por condições físicas e coordenadas orgânicas quanto pelas relações sociais e culturais, no interior das quais as mulheres vivenciam sua vida sexual e reprodutiva. Nossa hipótese é a de que as representações contruídas sobre o exame preventivo Papanicolau orientam as práticas das mulheres em relação à prevenção do cancer cervico-uterino, dentro de uma lógica regida pelos códigos sociais e culturais que oepram no processo saúde-doença. Busca-se assim contribuir para enriquecer o repertorio existente sobre as representações e as práticas elaboradas em torno do exame preventivo de cancer cervico-uterino, visando o estabelecimento de políticas públicas de saúde que incorpore os aspectos socioculturais que operam no processo saúde-doença..

Situação: Em andamento; Natureza: Pesquisa.

Alunos envolvidos: Graduação: (1) .

Integrantes: Edemilson Antunes de Campos - Coordenador / Francine Even de Souza Cavaliere - Integrante.

Financiador(es): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Auxílio financeiro / Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - Bolsa.Número de orientações: 1

2007 - 2011

O alcoolismo é uma doença da família: cultura e subjetividade no processo saúde-doença

Descrição: O objetivo desta pesquisa é o de analisar as representações e os significados da chamada alcoolização crônica e seus efeitos no âmbito da família, por meio de uma análise dos códigos culturais e sociais que operam no processo saúde-doença. Este estudo será desenvolvido através de etnografias locais e de pesquisas qualitativas em grupos de A.A. e com familiares de membros desses grupos, localizados na zona leste da cidade de São Paulo. Parte-se do pressuposto de que a saúde e a doença são realidades simbolicamente construídas tanto por condições físicas e coordenadas orgânicas quanto pelas relações sociais e culturais, no interior das quais os indivíduos inserem e modulam sua subjetividade. Nessa linha, nossa hipótese é a de que o alcoolismo pode ser considerado uma doença da família , isto é, uma doença física e moral que, além de atingir o indivíduo que se considera doente, também afeta as relações familiares nas quais ele está envolvido. No interior do grupo de A.A., forja-se uma linguagem da doença cujas regras operam com os códigos e os valores próprios ao universo sócio-cultural no qual o doente e seus familiares estão envolvidos, tornando-os responsáveis pelos cuidados de si e de sua família. Busca-se, assim, contribuir para enriquecer o repertório existente sobre as práticas e os mecanismos simbólicos fabricados para dar conta do alcoolismo, considerado um dos mais sérios problemas de saúde pública da atualidade, visando o estabelecimento de políticas públicas de saúde que possam efetivamente minorar os problemas que ele gera na organização e na estrutura familiar. .

Situação: Concluído; Natureza: Pesquisa.

Alunos envolvidos: Graduação: (1) .

Integrantes: Edemilson Antunes de Campos - Coordenador / Lidiane Mello de Castro - Integrante.

Financiador(es): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo -

2004 - 2005

Auxílio financeiro.

Número de produções C, T & A: 3 / Número de orientações: 1

Os grupos anônimos de mútua-ajuda e a mídia: Comunicação e identidade no mundo global

Descrição: O projeto tem por objetivo compreender as relações entre grupos anônimos de mútua-ajuda e a mídia na sociedade brasileira, tendo como eixo norteador de nossa discussão a presença freqüente desses grupos tanto em revistas de circulação nacional como nas telenovelas, relacionando esse fenômeno com a construção social e simbólica das identidades no contexto da globalização..

Situação: Concluído; Natureza: Pesquisa.

Integrantes: Edemilson Antunes de Campos - Coordenador.

2002 - 2003

Número de produções C, T & A: 1 / Número de orientações: 2

Grupos de Mútua Ajuda: Adicção e cultura na construção do indivíduo nas sociedades modernas.

Descrição: O objetivo desta pesquisa foi o de compreender as práticas e representações desenvolvidas nos grupos de mútua ajuda Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, que estariam sinalizando para construção da concepção de indivíduo/pessoa, na medida que definem cultural e simbolicamente, respectivamente, o problema do alcoolismo e da adicção como doença..

Situação: Concluído; Natureza: Pesquisa.

Integrantes: Edemilson Antunes de Campos - Integrante / Sylvie Fainzang - Coordenador.

Financiador(es): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Bolsa.

Número de produções C, T & A: 15

2001 - 2005

Alcoolismo, doença e pessoa

Descrição: O objetivo deste trabalho é o de apresentar uma reflexão sobre o modelo terapêutico construído pela irmandade de Alcoólicos Anônimos (A.A.) para dar conta da chamada doença do alcoolismo, relacionando-o à fabricação de uma noção de pessoa em seu interior, notadamente a partir da edificação da identidade de doente alcoólico em recuperação. A partir dos dados da pesquisa etnográfica realizada no grupo Sapopemba de A.A., localizado na periferia da cidade de São Paulo, busca-se analisar o problema do alcoolismo a partir de uma perspectiva êmica, isto é, tal como ele é pensado e gerido por aqueles que se reconhecem como doentes alcoólicos. Com isso, pretende-se articular as representações construídas sobre o álcool e o alcoolismo com a fabricação de uma noção de pessoa alcoólica, de maneira a estabelecer contrastes com o campo ideológico do individualismo moderno. Ao longo deste trabalho, demonstra-se que, para os membros de A.A., a doença alcoólica é entendida como uma doença da família, ou seja, uma doença que atinge o indivíduo, mas também afeta a todos aqueles que estão a seu redor, sobretudo, seus familiares. Com efeito, evidenciam-se as condições de possibilidade de contágio em torno do alcoolismo, condições essas diretamente ligadas às representações construídas sobre o alcoolismo, entendido como uma doença física e moral, e a seus efeitos sobre o conjunto de relações sociais familiares e profissionais nas quais o ex-bebedor está envolvido. Em suas atividades e reuniões, os membros da irmandade se reconhecem como doentes alcoólicos em recuperação, isto é, como portadores de uma doença incurável; de um mal que está alojado dentro de cada um e com o qual deverão aprender a conviver. Esse processo corresponde, fundamentalmente, à instauração de um peculiar regime de alteridade, baseado na fabricação de um corpo e de um espírito doentes, no qual a doença alcoólica é apreendida como um outro que cada dependente traz dentro de si mesmo; c.

Situação: Concluído; Natureza: Pesquisa.

Integrantes: Edemilson Antunes de Campos - Integrante / Marina Denise Cardoso - Coordenador.

Financiador(es): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e

Tecnológico - Bolsa.
Número de produções C, T & A: 22

Áreas de atuação

1. Grande área: Ciências Humanas / Área: Antropologia / Subárea: Antropologia da saúde.
2. Grande área: Ciências Humanas / Área: Sociologia / Subárea: Sociologia da Saúde.
3. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.

Idiomas

Inglês	Compreende Bem, Fala Razoavelmente, Lê Bem, Escreve Razoavelmente.
Francês	Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.
Espanhol	Compreende Bem, Fala Razoavelmente, Lê Bem, Escreve Pouco.
Português	Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.

Prêmios e títulos

2008	Aprovado no Concurso Público de Professor Doutor na Escola de Artes, Ciências e Humanidades - EACH - da Univerisdade de São Paulo - USP -, na área de Ciências Humanas e Sociais -curso de Obstetrícia, Escola de Artes, Ciências e Humanidade - EACH -, da Universidade de São Paulo - USP.
2007	Auxílio à Pesquisa, FAPESP.
2006	Aprovado em quatro lugar no Concurso Público de Provas e Títulos para o cargo de Professor Adjunto de Antropologia, sub-área Teoria Antropológica, Universidade Federal de São Carlos - UFSCar.
2006	Aprovado em sétimo lugar no Concurso Público de Provas e Títulos para o cargo de Professor Adjunto na área de Antropologia, Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP.
2001	Auxílio Publicação, FAPESP.

Produções

Produção bibliográfica

Citações

Outras

Total de trabalhos:1Total de citações:1

Antunes de Campos, Edemilson Data: 17/09/2012

Artigos completos publicados em periódicos

Ordenar por

Ordem Cronológica

1. GOMES, B. M. R. ; NASCIMENTO, L. C. ; SILVA, M. A. I. ; PILLON, S. C. ; **CAMPOS, E. A. .** The context of alcohol consumption among adolescents and their families. International Journal of Adolescent Medicine and Health, v. 1, p. 1-10, 2014.
2. DE MELO, LUCAS PEREIRA ; STOFEL, NATÁLIA SEVILHA ; GUALDA, DULCE MARIA ROSA ; **DE CAMPOS, EDEMILSON ANTUNES .** Nurses' experiences of ethnographic fieldwork. Nurse Researcher, v. 22, p. 14-19, 2014.
3. ★ **CAMPOS, E. A. ;** MELO, L. P. . 'The group facilitates everything': meanings patients with type 2 diabetes mellitus assigned to health education groups. Revista Latino-Americana de Enfermagem (USP. Ribeirão Preto. Impresso) **JCR**, v. 22, p. 980-987, 2014.
4. ★ GUALDA, D.M.R. ; NARCHI, N.Z. ; **CAMPOS, E.A. .** STRENGTHENING MIDWIFERY IN BRAZIL: EDUCATION, REGULATION AND PROFESSIONAL ASSOCIATION OF MIDWIVES. Midwifery **JCR**, v. 29, p. 1077-1081, 2013.
5. **Antunes de Campos, Edemilson ;** MELO, L. P. ; FARIAS, D. F. . Los significados de la paternidad para los hombres jóvenes en los alrededores de São Paulo-Brasil. Cultura de los Cuidados, v. 16, p. 55-66, 2012.
6. **Campos, Edemilson Antunes de ;** Reis, Jéssica Gallante . Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo - Brasil. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, p. 243-254, 2010.
Citações: SCOPUS 2
7. **CAMPOS, E. A. .** Porque os alcoólicos são anônimos? Anonimato e identidade no tratamento do alcoolismo. Interface (Botucatu. Impresso), v. 13, p. 19-30, 2009.
Citações: SCOPUS 1
8. **CAMPOS, E. A. .** Lógica cultural y lógica terapéutica en Alcohólicos Anónimos: una etnografía en la periferia de la ciudad de São Paulo, Brasil. Desacatos. Revista de Antropología Social, v. 29, p. 69-88, 2009.
9. **CAMPOS, E. A. .** Alcoolismo: doença e significado em Alcoólicos Anônimos. Etnográfica (Lisboa, v. 13, p. 103-124, 2009.
10. **Campos, Edemilson Antunes de .** Contágio, doença e evitação em uma associação de ex-bebedores: o caso dos Alcoólicos Anônimos. Revista de Antropologia (USP. Impresso), São Paulo, v. 48, n.1, p. 315-361, 2005.
Citações: SciELO 3
11. ★ **Campos, Edemilson Antunes de .** O alcoolismo é uma doença contagiosa? Representações sobre o contágio e a doença de ex-bebedores. Ciência & Saúde Coletiva **JCR**, v. 10, p. 267-278, 2005.
Citações: SciELO 3 | SCOPUS 3
12. ★ **Campos, Edemilson Antunes de .** As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ) **JCR**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 1379-1387, 2004.
Citações: SciELO 10 | SCOPUS 7
13. **CAMPOS, E. A. .** Alcoolismo e identidade na teledramaturgia brasileira - o caso da telenovela Celebridade(2003). Comunicare (São Paulo), São Paulo, v. 4, n.1, p. 69-85, 2004.
14. **CAMPOS, E. A. .** Um sertão chamado Brasil: os paradoxos da modernidade brasileira. Comunicare (São Paulo), São Paulo, v. 3, n.1, p. 127-142, 2003.
15. **CAMPOS, E. A. .** Alcoolismo, doença e pessoa em uma associação de ex-bebedores: o caso de Alcoólicos Anônimos. site comunidade virtual de antropologia, seção artigos, www.antropologia.com.br, 2003.

16. CAMPOS, E. A. . Ação social e estrutura: notas em torno dos grupos de mútua ajuda. Teoria & Pesquisa, São Carlos: UFSCar, p. 65-89, 2001.

17. CAMPOS, E. A. . Os grupos de mútua ajuda e a (re) construção da subjetividade. Revista Rubedo, Rio de Janeiro, 2001.

Livros publicados/organizados ou edições

1. GUALDA, DMR (Org.) ; MELO, L. P. (Org.) ; CAMPOS, E. A. (Org.) . Antropologia, Saúde e Enfermagem. 1. ed. São Paulo: Manole, 2013. v. 1. 386p .

2. ★ CAMPOS, E. A. . "Nosso remédio é a palavra": uma etnografia sobre o modelo terapêutico de Alcoólicos Anônimos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. v. 1. 192p .

3. CAMPOS, E. A. . A tirania de Narciso: alteridade, narcisismo e política. 1. ed. São Paulo: Annablume/FAPESP, 2001. v. 1000. 136p .

Capítulos de livros publicados

1. Antunes de Campos, Edemilson . Olhando de perto: o método etnográfico na pesquisa em saúde. In: Lucas Pereira de Melo; Dulce Maria Rosa Gualda; Edemilson Antunes de Campos. (Org.). Enfermagem, antropologia e saúde. 1ed.São Paulo: Manole, 2013, v. 1, p. 90-104.

2. CAMPOS, E. A. . Aspectos socioculturais e as práticas de cuidados em enfermagem. In: Eunice Nakamura; Denise Martin; José Francisco Quirino dos Santos. (Org.). Antropologia para enfermagem. São Paulo: Manole, 2008, v. , p. 59-81.

3. CAMPOS, E. A. . Nosso remédio é palavra: notas sobre o modelo terapêutico dos Alcoólicos Anônimos. In: Ana Maria Canesqui. (Org.). Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. 1ed.São Paulo: HUCITEC, 2007, v. 174, p. 129-149.

Textos em jornais de notícias/revistas

1. CAMPOS, E. A. . Os limites étnicos e culturais. Cadernos de Cultura & Educação, Mauá-SP, p. 22 - 23, 01 ago. 2003.

2. CAMPOS, E. A. . Alcoólicos Anônimos e a (re) construção da subjetividade. Cadernos de cultura & educação, Mauá - São Paulo, p. 31 - 33, 01 jun. 2002.

3. CAMPOS, E. A. . A diversidade entre as culturas no mundo atual. Cadernos de Educação e Cultura, Mauá - SP, p. 27 - 29.

Trabalhos completos publicados em anais de congressos

1. Campos, Edemilson Antunes de ; MELO, L. P. . O GRUPO É COMO UM REMÉDIO : ETNOGRAFIA DO GERENCIAMENTO DO DIABETES TIPO 2 EM GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA. In: VI Congresso Brasileiro de Ciências Humanas e Sociais e Saúde, 2013, Rio de Janeiro. Circulação e diálogo entre saberes e práticas no campo da saúde coletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2013.

2. CAMPOS, E. A. ; Melo, L.P. . Crise do Modelo Terapeutico e das Praticas de Cuidado em Grupos de Diabéticos: um estudo etnográfico. In: 28º Reunião Brasileira de Antropologia, 2012, São Paulo. Desafios Antropológicos Contemporâneos. São Paulo, 2012.

3. CAMPOS, E. A. ; Stofel, N.S. . Formando-se Guarani mbay: contribuições da infância ao nhande reko. In: Congresso Internacional Transdisciplinar sobre a Criança e o Adolescente: a linguagem, o corpo e a escrita, 2012, Santa Cruz de Cabrália. A linguagem, o corpo e a escrita, 2012.

4. **CAMPOS, E. A.** ; GUALDA, DMR ; Melo, L.P. . Panorama das pesquisas socioantropológicas nos programas de pós-graduação do Brasil. In: VII Jornadas Nacionales de Cultura de los Cuidados, 2011, Alicante. La historia integradora de culturas y saberes, 2011.
5. **CAMPOS, E. A.** ; GUALDA, DMR ; Melo, L.P. . Panorama das pesquisas socioantropológicas nos programas de pós-graduação em enfermagem do Brasil. In: VII Congreso Internacional de Historia de la Enfermería, 2011, Alicante. La historia integradora de culturas y saberes, 2011.
6. **CAMPOS, E. A.** ; Stofel, N.S. . Processo cuidado às crianças indígenas guaranis: saberes biomédicos e tradicionais. In: 12o. Congresso Paulista de Saúde Pública, 2011, São Bernardo do Campo. Saúde e Direitos: escolhas para fazer o SUS. São Bernardo do Campo, 2011.
7. **CAMPOS, E. A.** . Doença crônica, significados e práticas em saúde: reflexões sobre o papel do grupo de doentes. In: V Congresso Brasileiro de Ciências Humanas e Sociais em Saúde, 2011, São Paulo. O lugar das ciências sociais e humanas no campo da saúde coletiva. São Paulo, 2011.
8. **CAMPOS, E. A.** . A descoberta do Outro: Dialogos Interdisciplinares entre Antropologia e Saúde. In: VIII Reunion de Antropologia del Mercosur, 2009, Buenos Aires. Diversidad y Poder en América latina. Buenos Aires, 2009.
9. **CAMPOS, E. A.** . Alcoolismo: doença crônica e significado em uma associação de ex-bebedores. In: 26a. Reunião Brasileira de Antropologia, 2008, Porto Seguro. Desigualdade na diversidade, 2008.
10. **CAMPOS, E. A.** . O alcoolismo é uma doença da família: Biomoralidade e subjetividade em Alcoólicos Anônimos. In: IV Congresso Brasileiro Ciências Sociais e Humanas em Saúde, X Congresso da Associação Latino Americana de Medicina Social e XIV Congresso da Associação Internacional de Política de Saúde, 2007, Salvador. Equidade, Ética e Direito à Saúde: desafios à Saúde Coletiva na mundialização. Riode Janeiro: ABRASCO, 2007.
11. **CAMPOS, E. A.** . Alcoolismo, cultura e doença crônica: uma abordagem sócio-antropológica do processo saúde-doença. In: IV Congresso Brasileiro Ciências Sociais e Humanas em Saúde, X Congresso da Associação Latino Americana de Medicina Social e XIV Congresso da Associação Internacional de Política de Saúde, 2007, Salvador. Equidade, Ética e Direito à Saúde: desafios à Saúde Coletiva na Mundialização. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007.
12. **CAMPOS, E. A.** . A Linguagem da Doença em Alcoólicos Anônimos: Modelo Terapêutico e Subjetividade na Sociedade Contemporânea. In: 25ª Reunião Brasileira de Antropologia, 2006, Goiânia-GO. 25ª Reunião Brasileira de Antropologia - Saberes e Práticas Antropológicas - Desafios para o Século XXI. Goiânia-GO: ABA, 2006.
13. **CAMPOS, E. A.** . Nosso remédio é a palavra. In: 30º Encontro Anual da ANPOCS, 2006, Caxambu-MG. 30º Encontro Anual da ANPOCS. São Paulo: ANPOCS, 2006.

Resumos publicados em anais de congressos

1. **CAMPOS, E. A.** ; GUALDA, DMR ; Melo, L.P. ; SALIM, N. . The Sunrise Model: A Contribution to the Teaching of Nursing Consultation in Collective Health. In: 38th Annual Conference of the Transcultural Nursing Society, 2012, Orlando. Book of Abstracts. Orlando, 2012.
2. **CAMPOS, E. A.** ; Rocha, P.F. . Percepções do homem acompanhante acerca do processo de parto e nascimento. In: 19º Simpósio Internacional de Iniciação Científica, 2011, Ribeirão Preto. 19º Simposio Internacional de Iniciação Científica, 2011.
3. **CAMPOS, E. A.** ; Lefèvre, F ; OLIVEIRA, R.A. . Adesão a tratamento e antropologia. In: 12o. Congresso Paulista de Saúde Pública, 2011, São Bernardo do Campo. 12º Congresso Paulista de Saúde Pública, 2011.
4. **CAMPOS, E. A.** ; Cavalieri, F.E.S . Narrativa e memoria na formação profissional das obstetizes da EACH/USP. In: Simposio Internacional de Iniciação Científica, 2011, São Paulo. Simposio Internacional de Iniciação Científica, 2011.
5. **CAMPOS, E. A.** . Lógica cultural e lógica terapêutica: biomoralidade e subjetividade em uma associação de ex-bebedores. In: 32a Reunião Anual da ANPOCS, 2008, Caxambu. 32o. Encontro Anual da ANPOCS, 2008.

6. **CAMPOS, E. A.** . Alcoólicos Anônimos, Cuidado de Si e Empoderamento: O Tratamento do Alcoolismo na periferia da Cidade de São Paulo-Brasil. In: 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2006, Rio de Janeiro. Saúde Coletiva em um Mundo Globalizado: Rompendo Barreiras Sociais, Econômicas e Políticas. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/ABRASCO, 2006.
7. **CAMPOS, E. A.** . Alcoolismo, doença e pessoa em uma associação de ex-bebedores: o caso dos Alcoólicos Anônimos. In: V Reunião de Antropologia do Mercosul, 2003, Florianópolis. V Reunião de Antropologia do Mercosul: Antropologia em perspectivas. Florianópolis - SC, 2003.
8. **CAMPOS, E. A.** . Alcoolismo, doença e pessoa: a construção da noção de pessoa em Alcoólicos Anônimos. In: 23ª Reunião Brasileira de Antropologia, 2002, Gramado- RS. 23a. Reunião Brasileira de Antropologia, 2002.
9. **CAMPOS, E. A.** . Pessoa, Modernidade e Grupos de Mútua Ajuda. In: IV Reunião de Antropologia do Mercosul, 2001, Curitiba. Etnografia e Antropologia. Curitiba, 2001. p. 66-67.

Artigos aceitos para publicação

1. **CAMPOS, E. A.** ; GUALDA, DMR ; Stofel, N.S. ; Melo, L.P. . The Nurses Experience in Ethnographic Fieldwork: A Reflection. Nurse Researcher, 2014.

Apresentações de Trabalho

1. **Antunes de Campos, Edemilson** . Uso de bebidas alcoólicas na universidade. 2013. (Apresentação de Trabalho/Seminário).
2. **Antunes de Campos, Edemilson** ; WEINERT, T. S. . UMA ETNOGRAFIA SOBRE AS REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DE SAÚDE ENTRE OS IMIGRANTES BOLIVIANOS EM SÃO PAULO. 2013. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
3. **Campos, Edemilson Antunes de** . O ensino e a pesquisa em antropologia no curso de obstetrícia USP. 2013. (Apresentação de Trabalho/Comunicação).
4. **Campos, Edemilson Antunes de** ; CASTRO, L. M. . PARTO NATURAL: MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO. 2013. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
5. **Campos, Edemilson Antunes de** ; MELO, L. P. . O GRUPO É COMO UM REMÉDIO : ETNOGRAFIA DO GERENCIAMENTO DO DIABETES TIPO 2 EM GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA. 2013. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
6. **Antunes de Campos, Edemilson** ; Cavalieri, F.E.S . CORPO, CULTURA E SEXUALIDADE REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DE MULHERES SOBRE O EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER CÉRVICO-UTERINO PAPANICOLAOU . 2013. (Apresentação de Trabalho/Comunicação).
7. Melo, L.P. ; **CAMPOS, E. A.** . Crise do Modelo Terapêutico e das Práticas de Cuidados em Grupos de Diabéticos: Um Estudo Etnográfico. 2012. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
8. **CAMPOS, E. A.** ; GUALDA, DMR ; QUILES, A. S. ; CRESPO, M. L. . V Congresso Ibero-Americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde. 2012. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
9. **CAMPOS, E. A.** . Doença crônica, significados e práticas de saúde: o papel dos grupos de doentes. 2011. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
10. Lefèvre, F ; **CAMPOS, E. A.** ; OLIVEIRA, R.A. . Adesão a tratamento e antropologia. 2011. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
11. **CAMPOS, E. A.** . L'Alcoolisme dans la classe ouvrière à São Paulo. 2009. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

12. **CAMPOS, E. A.** . Novas propostas pedagógicas e o ensino das ciências sociais e humanas em saúde: o caso da EACH/USP. 2009. (Apresentação de Trabalho/Comunicação).
13. **CAMPOS, E. A.** . A DESCOBERTA DO OUTRO DIÁLOGOS INTERDISCIPLINARES ENTRE ANTROPOLOGIA E SAÚDE. 2009. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
14. **CAMPOS, E. A.** ; CASTRO, L. M. . O alcoolismo é uma "doença da família". 2008. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
15. **CAMPOS, E. A.** . Alcoolismo: doença crônica e significado em uma associação de ex-bebedores. 2008. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
16. **CAMPOS, E. A.** . Lógica cultural e lógica terapêutica: biomoralidade e subjetividade em uma associação de ex-bebedores. 2008. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
17. **CAMPOS, E. A.** . O alcoolismo é uma doença da família: Biomoralidade e subjetividade em Alcoólicos Anônimos. 2008. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
18. **CAMPOS, E. A.** . Alcoolismo, cultura e doença crônica: uma abordagem sócio-antropológica do processo saúde-doença. 2008. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
19. **CAMPOS, E. A.** . Aspectos socioculturais nas práticas de cuidados em saúde. 2008. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
20. **CAMPOS, E. A.** . Corpo, cultura e significado: uma antropologia do corpo. 2007. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
21. **CAMPOS, E. A.** . "Nosso remédio é palavra": Narrativa e experiência da doença em AA. 2007. (Apresentação de Trabalho/Seminário).
22. **CAMPOS, E. A.** . A Linguagem da Doença em Alcoólicos Anônimos - Modelo Terapêutico e Subjetividade na Sociedade Contemporânea. 2006. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
23. **CAMPOS, E. A.** . Alcoólicos Anônimos, Cuidado de Si e Empoderamento: O Tratamento do Alcoolismo na Periferia da Cidade de São Paulo-Brasil. 2006. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
24. **CAMPOS, E. A.** . Alcoolismo, Doença e Pessoa em uma Associação de Ex-Bebedores.. 2003. (Apresentação de Trabalho/Comunicação).
25. **CAMPOS, E. A.** . Alcoolismo, Doença e Pessoa: a construção da noção de pessoa em Alcoólicos Anônimos. 2002. (Apresentação de Trabalho/Comunicação).
26. **CAMPOS, E. A.** . Pessoa, Modernidade e Grupos de Mútua Ajuda. 2001. (Apresentação de Trabalho/Comunicação).

Outras produções bibliográficas

1. **CAMPOS, E. A.** . Para além das evidências do presente. São Paulo, 2009. (Prefácio, Pós-facio/Apresentação)>.
2. **CAMPOS, E. A.** . Alcoolismo, doença e pessoa: uma etnografia da associação de ex-bebedores Alcoólicos Anônimos 2005 (Tese de doutorado).
3. **CAMPOS, E. A.** . Comunicação e saúde na promoção da qualidade de vida. São Paulo: Faculdade Cásper Líbero, 2005 (Resenha de Livro).
4. **CAMPOS, E. A.** . Democracia em tempos sombrios. São Paulo, 2004. (Prefácio, Pós-facio/Apresentação)>.
5. **CAMPOS, E. A.** . A tirania de Narciso: alteridade, narcisismo e política 1998 (Dissertação de Mestrado).

Produção técnica

Assessoria e consultoria

1. **Campos, Edemilson Antunes de** . Consultor Ad Hoc da Revista Brasileira de Ciências Sociais. 2014.
2. **Campos, Edemilson Antunes de** . Consultor Ad Hoc da Revista Mineira de Enfermagem. 2014.
3. **Campos, Edemilson Antunes de** . Consultor Ad Hoc da Revista Antropolítica. 2014.
4. **CAMPOS, E. A.** . Assessor Ad Hoc FAPESP. 2008.
5. **CAMPOS, E. A.** . Consultor Ad Hoc Revista Temas em Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia -SBP. 2007.
6. **CAMPOS, E. A.** . Consultor Ad Hoc da Revista Interface: Comunicação, Saúde e Educação. 2007.
7. **CAMPOS, E. A.** . Consultor Ad Hoc Cadernos de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ. 2004.

Trabalhos técnicos

1. **CAMPOS, E. A.** . Parecer sobre atigo científico enviado à Revista Interface - Comunicação, Saúde e Educação. 2010.
2. **CAMPOS, E. A.** . Consultor Ad Hoc da Revista Alimentos e Nutrição - Faculdade de Ciências Farmacêuticas - UNESP. 2009.
3. **CAMPOS, E. A.** . Paracer ah doc sobre artigo científico para a Revista Psicologia Clinica. 2009.
4. **CAMPOS, E. A.** . Parecer sobre projeto de pesquisa enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). 2007.
5. **CAMPOS, E. A.** . Parecer sobre artigo científico para a Revista Interface: Comunicação, Saúde e Educação. 2007.
6. **CAMPOS, E. A.** . Parecer sobre artigo científico para a Revista Temas em Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia. 2007.
7. **CAMPOS, E. A.** . Parecer sobre artigo científico enviado à Revista de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP. 2007.
8. **CAMPOS, E. A.** . Parecer sobre artigo científico enviado para publicação nos Cadernos de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). 2006.
9. **CAMPOS, E. A.** . Parecerista Prêmio INTERCOM. 2005.
10. **CAMPOS, E. A.** . Parecerista Prêmio INTERCOM. 2004.
11. **CAMPOS, E. A.** . Parecer sobre artigo científico enviado aos Cadernos de Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ. 2004.

Entrevistas, mesas redondas, programas e comentários na mídia

1. **Campos, Edemilson Antunes de** ; Cavalieri, F.E.S . Representação de mulheres sobre o exame 'Papanicolau'. 2014. (Programa de rádio ou TV/Entrevista). 📺

2. GUERRA, A. ; BICCA, C. ; **Campos, Edemilson Antunes de** . Beber só aos fins de semana também traz riscos à saúde. 2013. (Programa de rádio ou TV/Entrevista). 🎬
3. **CAMPOS, E. A.** ; GUALDA, D.M.R. . Pesquisa interdisciplinar abre espaço para o lado humano da saúde. 2013. (Programa de rádio ou TV/Entrevista). 🎬
4. **CAMPOS, E. A.** . O consumo de álcool faz mal à USP?. 2012. (Programa de rádio ou TV/Entrevista). 🎬
5. **Antunes de Campos, Edemilson** . Um dia após o outro: o caminho para se libertar do vício. 2010. (Programa de rádio ou TV/Entrevista). 🎬

Demais tipos de produção técnica

1. **CAMPOS, E. A.** . Grupo dos Alcoólicos Anônimos tem a sua eficácia contestada. 2011. (Entrevista).
2. **CAMPOS, E. A.** ; GUALDA, DMR . O processo saúde-doença na perspectiva cultural. 2010. (Curso de curta duração ministrado/Outra).
3. **CAMPOS, E. A.** . Aspectos socioculturais e as práticas de cuidados em saúde. 2010. (Curso de curta duração ministrado/Outra).
4. **CAMPOS, E. A.** . Salvos pelo anonimato. 2007. (Entrevista).
5. **CAMPOS, E. A.** . Os Grupos Anônimos de mútua ajuda e a mídia: Alcoolismo e Identidade na teledramaturgia brasileira: o caso da telenovela Celebridade (2003). 2006. (Relatório de pesquisa).
6. **CAMPOS, E. A.** . Entrevista dada ao site da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. 2004. (Entrevista).
7. **CAMPOS, E. A.** . Entrevista à radio CBN. 2004. (Entrevista).

Bancas

Participação em bancas de trabalhos de conclusão

Mestrado

1. PEREIRA, L. M.; **CAMPOS, E. A.**; CAVALCANTE, T. L. V.. Participação em banca de Camilla de Oliveira Marmé Pschisky. Os sistemas de atenção à saúde dos Kaiowá e Guarani em Mato Grosso do Sul: da assistência esporádica à assistência sistemática (1910-2013). 2014. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal da Grande Dourados.
2. **CAMPOS, E. A.**; GUALDA, DMR; Hoga. Participação em banca de Michelly Christiny Marcondes Nunes. Entre o idealizado e o possível: limites da assistência ao parto no Cnetro de Parto Normal de uma maternidade pública. 2011. Dissertação (Mestrado em Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo.
3. **CAMPOS, E. A.**; VARGAS, D; OLIVEIRA, M. A. F.. Participação em banca de Paula Hayasi Pinho. Desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial. 2009. Dissertação (Mestrado em Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo.
4. CUNHA, M. A. F.; **CAMPOS, E. A.**; MAUES, R. H.. Participação em banca de Alcione do Socorro Andrade Costa. Narcóticos Anônimos: Adicção e Partilha na (Pós) Modernidade. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Federal do Pará.

5. REZENDE, A.M.; **CAMPOS, E. A.**; MARONI, A. A.. Participação em banca de Marcela Jussara Miwa. Narciso no império dos crisântemos - interpretando o movimento Shindo Renmei. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Universidade Estadual de Campinas.

Teses de doutorado

1. GALLO, P. R.; ZIONI, F.; **CAMPOS, E.A.**; HIKIJI, R. S. G.; FERREIRA, R. A.. Participação em banca de Eveline Stella de Araujo. Processos criativos na produção fílmica de jovens de Sapopemba, periferia da Zona Leste de São Paulo. 2015. Tese (Doutorado em Doutorado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública.

2. MARONI, A. A.; **CAMPOS, E.A.**; DIAS, S. O.; GALLOIS, D. T.; MARQUES, J. C. P.. Participação em banca de Magda Patrícia Lora León. Estabelecer Pontes ou Fronteiras? Desvendando o potencial de uma humanidade "outra" a partir do pensamento dos indígenas da Serra Nevada de Santa Marta, Colômbia. 2014. Tese (Doutorado em doutorado em ciências sociais) - Universidade Estadual de Campinas.

3. MARONI, A. A.; Rezende A. M.; FEDERICI, C. A. G.; DIAS, S. O.; **CAMPOS, E. A.**. Participação em banca de Johana Barreneche Corrales. O riso-alegria e a 'capacidade negativa': aproximações entre riso, alegria e pensamento a partir do trabalho dos Doutores da Alegria. 2013. Tese (Doutorado em doutorado em ciências sociais) - Universidade Estadual de Campinas.

4. **Antunes de Campos, Edemilson**; QUEIROZ, R. S.; CATANI, A. M.; SEIXAS, R. B. O.; ALBUQUERQUE, L. M. B.. Participação em banca de Paula Rondinelli. A construção da masculinidade a partir de tabus corporais: considerações no campo da saúde. 2013. Tese (Doutorado em Programa em Integração da América Latina) - Universidade de São Paulo.

5. **CAMPOS, E. A.**; MACHADO, A.L; COLVERO, L. A.; PITA, A.M.F.; BRÊDA, M.Z.. Participação em banca de Mara Cristina Ribeiro. A saúde mental em Alagoas: trajetória da construção de um novo cuidado. 2012. Tese (Doutorado em Doutorado Interunidades em Enfermagem) - Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo.

6. **Campos, Edemilson Antunes de**; NASCIMENTO, L. C.; CARVALHO, A. M. P.; OLIVEIRA, M. A. F.; SILVA, M. A. I.. Participação em banca de Betânia da Mata Ribeiro Gomes. A influência da família no consumo de álcool na adolescência. 2012. Tese (Doutorado em Doutorado Interunidades) - Escola de Enfermagem Ribeirão Preto.

7. **CAMPOS, E. A.**; BERGAMASCO, R.B.; GUALDA, DMR; TSUNECIRO, M.A.; NARCHI, N.Z.. Participação em banca de Torcata Amorin. O resgate da formação e inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto no Brasil. 2010. Tese (Doutorado em Doutorado Interunidades em Enfermagem) - Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo.

8. **CAMPOS, E. A.**; BERGAMASCO, R.B.; RESSEL, L.B.; SILVA, L.C.F.P.; GUALDA, DMR. Participação em banca de Natalúcia Matos Araújo. "É a vida de sempre": corpo e sexualidade no processo de nascimento. 2009. Tese (Doutorado em Doutorado Interunidades em Enfermagem) - Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo.

Qualificações de Doutorado

1. ROSSI, L. A.; ZAGO, M. M. F.; **Campos, Edemilson Antunes de**. Participação em banca de Aridiane Alves Ribeiro. O cuidado no espaço de intermedialidade em uma aldeia indígena. 2013. Exame de qualificação (Doutorando em Doutorado Interunidades) - Escola de Enfermagem Ribeirão Preto.

2. **CAMPOS, E. A.**; GUALDA, DMR; SILVA, I.A.. Participação em banca de Larissa Mandarano da Silva. O aleitamento materno e a alimentação entre os indígenas. 2012. Exame de qualificação (Doutorando em Doutorado Interunidades em Enfermagem) - Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo.

3. CANESQUI, A. M.; GUALDA, DMR; **CAMPOS, E. A.**. Participação em banca de Lucas Pereira de Melo. Diabetes, Processos Grupais e Cultura. 2011. Exame de qualificação (Doutorando em Doutorado Interunidades em Enfermagem) - Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo.

4. **CAMPOS, E. A.**; GUALDA, DMR; PRAÇA, N.S.. Participação em banca de Natália Rejane Salim. Práticas Obstétricas em diferentes contextos: experiências de mulheres e profissionais. 2010. Exame de qualificação (Doutorando em Doutorado Interunidades em Enfermagem) - Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo.

5. PUSSETTI, C.G.; **CAMPOS, E. A.**; VASCONCELLOS, M.P.. Participação em banca de Marlon Xavier. Um estudo comparativo sobre o consumo de álcool entre jovens universitários em São Paulo e Barcelona. 2009. Exame de qualificação (Doutorando em Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública.
6. **CAMPOS, E. A.**; GUALDA, DMR; BOUSSO, R.S.. Participação em banca de Lucía Silva. O cuidado da família do idoso com doença avançada e terminal: a experiência da equipe da Estratégia Saúde da Família. 2008. Exame de qualificação (Doutorando em Doutorado Interunidades em Enfermagem EEUSP e EERP) - Universidade de São Paulo.
7. GUALDA, DMR; BERGAMASCO, R.B.; **CAMPOS, E. A.**. Participação em banca de Natalucia Matos Araújo. Corpo feminino: conhecimento e significado para gestantes da Zona Leste de São Paulo. 2008. Exame de qualificação (Doutorando em Doutorado Interunidades em Enfermagem EEUSP e EERP) - Universidade de São Paulo.
8. **CAMPOS, E. A.**; MACHADO, A.L. Participação em banca de Wania Regina Veiga Martines. O cotidiano da produção de cuidados em saúde mental e a produção de prazer. 2008. Exame de qualificação (Doutorando em Doutorado Interunidades em Enfermagem EEUSP e EERP) - Universidade de São Paulo.

Qualificações de Mestrado

1. **Campos, Edemilson Antunes de**; DOLIVEIRA, A. F. P. L.; AUGUSTO, M. H. O.. Participação em banca de Vivian Nara Bracco Luccas. Mulheres Alcoolistas: Percepções a respeito do alcoolismo entre mulheres por alcoolistas femininos e masculinos. 2014. Exame de qualificação (Mestrando em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina USP.

Trabalhos de conclusão de curso de graduação

1. **CAMPOS, E. A.**; SILVEIRA, A.S.; Silvério, C.. Participação em banca de Fernanda Mgalhães, Marcelo Paiva, Marcéu Martinelli. Turismo como alternativa para preservação e resgate da cultura Guarani. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Turismo) - Faculdade Cásper Líbero.
2. **CAMPOS, E. A.**. Participação em banca de Paulo Aluizio Jacob Simas. Homossexualidade na revista Veja, de 1993 a 2003 - Monografia. 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Jornalismo) - Faculdade Cásper Líbero.
3. **CAMPOS, E. A.**. Participação em banca de Amanda Romanelle Silva e Juliana Mezzato Martin Garcia. Imigrantes invisíveis - histórias da comunidade bilíngua em São Paulo - Livro reportagem. 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Jornalismo) - Faculdade Cásper Líbero.
4. **CAMPOS, E. A.**. Participação em banca de Heloísa Joly e Talita Bedinelli. Os guarani na periferia de São Paulo - Programa radiofônico. 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Jornalismo) - Faculdade Cásper Líbero.

Participação em bancas de comissões julgadoras

Concurso público

1. SMITH, R. L.; **Antunes de Campos, Edemilson**; SANTOS, A. O.; FALCAO, M. R. C.; ARAUJO, M. A. M.. Membro titular da Banca Examinadora do Concurso do Campus Baixada Santista, Área Ciências Sociais, de que trata o edital: 537/2013. 2013. Universidade Federal de São Paulo -Campus Baixada Santista.
2. **CAMPOS, E. A.**; FIGUEIREDO, M.S.; MACHIN, R.; GOMES, M.H.A.; FALCÃO, M.T.C.; MORITA, I.. Concurso Público de Professor Adjunto - Campus Baixada Santista, Área Ciências Sociais, UNIFESP. 2010. Universidade Federal de São Paulo -Campus Baixada Santista.
3. **CAMPOS, E. A.**; MALHEIRO, M. M.; OLIVEIRA, M. A. F.. Provimento de uma vaga de Auxiliar de Ensino junto ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, área de conhecimento Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. 2008. Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo.

Outras participações

1. FARO, A. C. M. E.; ZANETTI, M. L.; **Campos, Edemilson Antunes de**. Comissão julgadora das Teses do Prêmio CAPES de teses. 2013. Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo.
2. FARO, A. C. M. E.; ZANETTI, M. L.; **Campos, Edemilson Antunes de**. Comissão Julgadora do Prêmio Teses USP. 2013. Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo.
3. **CAMPOS, E. A.**; GUALDA, DMR. Comissão Julgadora do Programa Interunidades de Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP para fins de indicação para o Prêmio CAPES de Teses edição 2012.. 2012. Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo.

Eventos

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1. VI Congresso Brasileiro Ciências Sociais e Humanas em Saúde. PARTO NATURAL: MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO. 2013. (Congresso).
2. VI Congresso Brasileiro Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Modelos e Práticas de Parto e Nascimento: Olhares socioantropológicos. 2013. (Congresso).
3. 28ª Reunião Brasileira de Antropologia. Crise do modelo terapêutico e das práticas de cuidados em um grupo de diabéticos: um estudo etnográfico. 2012. (Congresso).
4. Congresso Internacional Transdisciplinar sobre a Criança e o Adolescente: a linguagem, o corpo e a escrita. Formando-se Guarani mbya: contribuições da infância ao nhande reko. 2012. (Congresso).
5. V Congresso Ibero-Americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde: Circulação de saberes e desafios em saúde. Pesquisas em antropologia, saúde e doença: debates contemporâneos. 2012. (Congresso).
6. VI Forum do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem. Forum do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem. 2012. (Outra).
7. 12o. Congresso Paulista de Saúde Pública. Adesão a tratamentos e antropologia. 2011. (Congresso).
8. V Congresso Brasileiro Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Doença crônica, significados e práticas de saúde: o papel dos grupos de doentes. 2011. (Congresso).
9. VII Jornadas Nacionais de Cultura de los Cuidados. Panorama das pesquisas socioantropológicas nos programas de pós-graduação em enfermagem do Brasil. 2011. (Congresso).
10. VII Congreso Internacional de Historia de la Enfermería. Panorama das pesquisas socioantropológicas nos programas de pós-graduação em enfermagem do Brasil. 2011. (Congresso).
11. 12o. Congresso Paulista de Saúde Pública. Processo de cuidado às crianças indígenas guaranis: saberes biomédicos e tradicionais. 2011. (Congresso).
12. VI Congresso Brasileiro Ciências Sociais e Humanas em Saúde. PARTO NATURAL: MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO. 2011. (Congresso).
13. 19º Simpósio Internacional de Iniciação Científica. Percepções do homem acompanhante acerca do processo de parto e nascimento. 2011. (Simpósio).
14. 19º Simpósio Internacional de Iniciação Científica. Percepções do homem acompanhante acerca do processo de parto e nascimento. 2011. (Simpósio).

- 15.** VIII Reunión de Antropologia del Mercosur, A DESCOBERTA DO OUTRO DIÁLOGOS INTERDISCIPLINARES ENTRE ANTROPOLOGIA E SAÚDE. 2009. (Congresso).
- 16.** II Encontro Paulista de Ciências Sociais e Humanas e Saúde. Novas propostas pedagógicas e o ensino das ciências sociais em saúde: o caso da EACH/USP. 2009. (Encontro).
- 17.** 26a. Reunião Brasileira de Antropologia. Alcoolismo: doença crônica e significado em uma associação de ex-bebedores. 2008. (Congresso).
- 18.** 32a Reunião Anual da ANPOCS. Lógica terapêutica e lógica cultural: biomoralidade e subjetividade em uma associação de ex-bebedores. 2008. (Congresso).
- 19.** IV Congresso Brasileiro Ciências Sociais e Humanas em Saúde, X Congresso da Associação Latino Americana de Medicina Social e XIV Congresso da Associação Internacional de Política de Saúde. Alcoolismo, cultura e doença crônica: uma abordagem sócio-antropológica do processo saúde-doença. 2007. (Congresso).
- 20.** IV Congresso Brasileiro Ciências Sociais e Humanas em Saúde, X Congresso da Associação Latino Americana de Medicina Social e XIV Congresso da Associação Internacional de Política de Saúde. O alcoolismo é uma doença da família: Biomoralidade e subjetividade em Alcoólicos Anônimos. 2007. (Congresso).
- 21.** II Seminário Internacional "Ciências Humanas e Ciências da Saúde: Perspectivas de Ensino e Pesquisa". 2007. (Seminário).
- 22.** VII Seminário de Cultura e Extensão 2007, Desafios da Cultura e Extensão nas Universidades. 2007. (Seminário).
- 23.** I Seminário sobre Ética nas Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais na Saúde. 2007. (Seminário).
- 24.** Fórum Permanente de Políticas Públicas para Mulheres da Zona Leste da Cidade de São Paulo. Álcool e gênero no contexto familiar. 2007. (Outra).
- 25.** I Jornada de Ciências de Atividade Física (EACH/USP). Corpo, Cultura e Significado: Uma Antropologia do Corpo. 2007. (Outra).
- 26.** 25ª Reunião Brasileira de Antropologia. A Linguagem da doença em Alcoólicos Anônimos: Modelo Terapêutico e Subjetividade na Sociedade Contemporânea. 2006. (Congresso).
- 27.** 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Alcoólicos Anônimos, Cuidado de Si e Empoderamento: O Tratamento do Alcoolismo na Periferia da Cidade de São Paulo- Brasil. 2006. (Congresso).
- 28.** 11º Congresso Mundial de Saúde Pública. Alcoólicos Anônimos, Cuidado de Si e Empoderamento: O Tratamento do Alcoolismo na Periferia da Cidade de São Paulo - Brasil. 2006. (Congresso).
- 29.** XVIII Congresso ABEAD - Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas. 2006. (Congresso).
- 30.** 30º Encontro Anual da ANPOCS. Nosso remédio é palavra. 2006. (Encontro).
- 31.** III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. 2005. (Congresso).
- 32.** V Reunião de Antropologia do Mercosul. Alcoolismo, Doença e Pessoa em uma Associação de Ex-Bebedores: o caso dos Alcoólicos Anônimos. 2003. (Congresso).
- 33.** Ethnologie et Médecine: Regards Croisés sur la Douleur. 2003. (Seminário).
- 34.** 23ª Reunião Brasileira de Antropologia. Alcoolismo, Doença e Pessoa: A construção da noção de pessoa em Alcoólicos Anônimos. 2002. (Congresso).
- 35.** Anthropologie Politique du Brésil. Hiérarchies et les légats de l'esclavage. 2002. (Seminário).

36. Mediations Theoriques et Pratiques de l'Anthropologie: Engagement et Réflexivité. 2002. (Seminário).
37. Anthropologie Politique de la Santé - Gouverner des Populations, Produire des Sujets. 2002. (Seminário).
38. Individu et Société. 2002. (Seminário).
39. Groupe des Réflexion sur le Brésil Contemporain. 2002. (Seminário).
40. IV Fórum de Alcoólicos Anônimos de São Paulo. 2002. (Outra).
41. IV Reunião de Antropologia do Mercosul, Pessoa, Modernidade e Grupos de Mútua Ajuda. 2001. (Congresso).
42. Colóquio Foucault e Deleuze - O que estamos fazendo de nós mesmos?. 2000. (Outra).
43. Presença de Florestan Fernandes. 1996. (Seminário).

Organização de eventos, congressos, exposições e feiras

1. **Campos, Edemilson Antunes de ; GUALDA, DMR** . I Seminário Internacional: Diálogos Antropológicos sobre Cuidado e Saúde. 2013. (Outro).
2. **CAMPOS, E. A.** . 40 anos do Golpe de Estado de 1964.. 2004. (Outro).

Orientações

Orientações e supervisões em andamento

Dissertação de mestrado

1. Alexandre Pereira Cruce. Diabetes: práticas e sentidos de cuidado e autocuidado em fluxo no Sistema Único de Saúde (SUS). Início: 2013. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. (Orientador).
2. Tayane Santos Weinert. Saúde, interculturalidade e imigração: o acesso dos imigrantes bolivianos ao Sistema Único de Saúde (SUS). Início: 2013. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo. (Orientador).

Tese de doutorado

1. Lidiane Mello de Castro. Múltiplas faces de um conceito de parto natural: Significados e práticas na cultura da humanização do nascimento. Início: 2013. Tese (Doutorado em Doutorado Interunidades em Enfermagem) - Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo. (Orientador).

Iniciação científica

1. Mariana Oliveira de Jesus Rocha. Um estudo sobre os modelos de nascimento: Percepções dos profissionais da assistência obstétrica. Início: 2014. Iniciação científica (Graduando em Obstetrícia) - Universidade de São Paulo, Pró-Reitoria de Graduação da Universidade de São Paulo. (Orientador).

Orientações e supervisões concluídas

Dissertação de mestrado

1. Andrea Cadena Giberti. Nascendo, encantando e cuidando: uma etnografia do processo de nascimento nos Pankararus de Pernambuco. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Orientador: Edemilson Antunes de Campos.
2. Natalia Sevilha Stofel. O que está destinado a reunir: cuidado infantil entre os Guarani Mbya. 2013. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. Orientador: Edemilson Antunes de Campos.
3. Mariane Menezes. Gestar e parir em terra de Juruá: a experiência de mulheres guarani-mbyá na cidade de São Paulo. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Orientador: Edemilson Antunes de Campos.

Tese de doutorado

1. Lucas Pereira de Melo. Remediar, comer e exercitar: etnografia do gerenciamento do diabetes tipo 2 em grupos Hiperdia. 2013. Tese (Doutorado em Doutorado Interunidades em Enfermagem) - Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Orientador: Edemilson Antunes de Campos.

Iniciação científica

1. Jenifer Daniele de Lima Santos. Corpo, sexualidade e menstruação: práticas e significados sobre o ciclo vital da mulher. 2013. Iniciação Científica. (Graduando em Obstetrícia) - Universidade de São Paulo, Pró-Reitoria de Graduação da Universidade de São Paulo. Orientador: Edemilson Antunes de Campos.
2. Francine Even de Sousa Cavalieri. Corpo, cultura e sexualidade: Práticas profissionais na realização do exame preventivo de câncer cérvico-uterino. 2013. Iniciação Científica. (Graduando em Obstetrícia) - Universidade de São Paulo, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Orientador: Edemilson Antunes de Campos.
3. Francine Even de Souza Cavalieri. Corpo, Cultura e sexualidade: representações e práticas de mulheres sobre o exame preventivo de câncer cervico-uterino Papanicolaou. 2011. Iniciação Científica. (Graduando em Obstetrícia) - Universidade de São Paulo, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. Orientador: Edemilson Antunes de Campos.
4. Luara Barbosa. Percepções sobre o risco de uso de álcool durante a gravidez entre profissionais da assistência obstétrica da EACH/USP: o caso da Síndrome Alcoólica Fetal (SAF). 2010. Iniciação Científica. (Graduando em Obstetrícia) - Universidade de São Paulo, Pró-Reitoria de Graduação da Universidade de São Paulo. Orientador: Edemilson Antunes de Campos.
5. Priscila Souza da Silva e Francine Even de Souza Cavaliere. Narrativa e memória na formação profissional das obstetrias da EACH/USP. 2010. Iniciação Científica. (Graduando em Obstetrícia) - Universidade de São Paulo, Pró-Reitoria de Graduação da Universidade de São Paulo. Orientador: Edemilson Antunes de Campos.
6. Priscila Fernandes Rocha. Percepções do homem acompanhante acerca do processo de parto e nascimento. 2010. Iniciação Científica. (Graduando em Obstetrícia) - Universidade de São Paulo, Santander. Orientador: Edemilson Antunes de Campos.
7. Jessica Gallante Reis. "Quando o alcoolismo é um problema?": Percepções sobre o uso abusivo de álcool entre mulheres. 2009. Iniciação Científica. (Graduando em Obstetrícia) - Universidade de São Paulo, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Orientador: Edemilson Antunes de Campos.
8. Danyelle Ferreira Farias. Corpo, sexualidade e reprodução: os sentidos da paternidade entre homens jovens na periferia da cidade de São Paulo. 2009. Iniciação Científica. (Graduando em Obstetrícia) - Universidade de São Paulo, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. Orientador: Edemilson Antunes de Campos.
9. Lidiane Mello de Castro. Percepções, práticas e representações sobre o uso do álcool durante a gravidez: o caso da Síndrome Alcoólica Fetal (SAF). 2009. Iniciação Científica. (Graduando em Obstetrícia) - Universidade de São

Paulo, Santander. Orientador: Edemilson Antunes de Campos.

10. Isadora Marques Crochik. Maneiras de viver e maneiras de nascer: narrativas sobre o parto e o nascimento de mulheres, familiares e de parteiras em uma comunidade rural brasileira. 2009. Iniciação Científica. (Graduando em Obstetrícia) - Universidade de São Paulo, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Orientador: Edemilson Antunes de Campos.

11. Lidiane Mello de Castro. Alcoolismo, doença e família: uma revisão bibliográfica. 2008. Iniciação Científica. (Graduando em Obstetrícia) - Universidade de São Paulo, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. Orientador: Edemilson Antunes de Campos.

12. Isadora Marques Crochik. Mulher, Corpo e Contracepção: um estudo socioantropológico sobre as práticas contraceptivas de mulheres em um bairro popular da cidade de São Paulo. 2008. Iniciação Científica. (Graduando em Obstetrícia) - Universidade de São Paulo, Pró-Reitoria de Graduação da Universidade de São Paulo. Orientador: Edemilson Antunes de Campos.

13. Aline Ap. Bonevechio Macca. A medicalização da concepção: percepções de profissionais de saúde sobre a reprodução assistida. 2008. Iniciação Científica. (Graduando em Obstetrícia) - Universidade de São Paulo, Pró-Reitoria de Graduação da Universidade de São Paulo. Orientador: Edemilson Antunes de Campos.

14. Marcelo de Oliveira Paiva. Favela como produto turístico: uma alternativa sustentável ou apenas uma exploração da miséria como atrativo exótico. 2005. Iniciação Científica. (Graduando em Turismo) - Faculdade Cásper Líbero. Orientador: Edemilson Antunes de Campos.

15. Olívia Costa Alonso. Onde o diálogo cessa, a violência começa - A comunicação e a dádiva na luta do INSTITUTO SOU DA PAZ contra a violência. 2004. Iniciação Científica. (Graduando em Jornalismo) - Faculdade Cásper Líbero. Orientador: Edemilson Antunes de Campos.

Orientações de outra natureza

1. Hudson Pires de Oliveira Santos. Disciplina ACH 5083 - Antropologia e Saúde. 2011. Orientação de outra natureza. (Obstetrícia) - Universidade de São Paulo. Orientador: Edemilson Antunes de Campos.

2. Mariane de Oliveira Menezes. Disciplina ACH 0052 - Estudos Diversificados II. 2011. Orientação de outra natureza. (Obstetrícia) - Universidade de São Paulo. Orientador: Edemilson Antunes de Campos.

Educação e Popularização de C & T

Artigos

Artigos completos publicados em periódicos

1. ★ GUALDA, D.M.R. ; NARCHI, N.Z. ; **CAMPOS, E.A.** . STRENGTHENING MIDWIFERY IN BRAZIL: EDUCATION, REGULATION AND PROFESSIONAL ASSOCIATION OF MIDWIVES. Midwifery **JCR**, v. 29, p. 1077-1081, 2013.

2. GOMES, B. M. R. ; NASCIMENTO, L. C. ; SILVA, M. A. I. ; PILLON, S. C. ; **CAMPOS, E. A.** . The context of alcohol consumption among adolescents and their families. International Journal of Adolescent Medicine and Health, v. 1, p. 1-10, 2014.

Artigos aceitos para publicação

1. **CAMPOS, E. A.** ; GUALDA, DMR ; Stofel, N.S. ; Melo, L.P. . The Nurses Experience in Ethnographic Fieldwork: A Reflection. Nurse Researcher, 2014.

Apresentações de Trabalho

1. Melo, L.P. ; **CAMPOS, E. A.** . Crise do Modelo Terapêutico e das Práticas de Cuidados em Grupos de Diabéticos: Um Estudo Etnográfico. 2012. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
2. **Antunes de Campos, Edemilson** . Uso de bebidas alcoólicas na universidade. 2013. (Apresentação de Trabalho/Seminário).

Entrevistas, mesas redondas, programas e comentários na mídia

1. GUERRA, A. ; BICCA, C. ; **Campos, Edemilson Antunes de** . Beber só aos fins de semana também traz riscos à saúde. 2013. (Programa de rádio ou TV/Entrevista).

Organização de eventos, congressos, exposições e feiras

1. **Campos, Edemilson Antunes de** ; GUALDA, DMR . I Seminário Internacional: Diálogos Antropológicos sobre Cuidado e Saúde. 2013. (Outro).

Outras informações relevantes

Entre 1989 e 1990 - Bolsa CNPq de Iniciação Científica na UNICAMP (processo nº805317/86); Entre 1992 e 1994 - Bolsa CNPq de Mestrado em Ciência Política - UNICAMP ; Entre 2000 e 2001 - Auxílio publicação FAPESP para edição da dissertação de mestrado (Processo nº 2000/04200-4); Entre 2002 e 2003 - Bolsa CAPES de Doutorado Sandwich na École des Hautes Études en Sciences Sociales -EHESS -, em Paris-França (BEX - 0311/02-2); Entre 2001 e 2005 - Bolsa CNPq de Doutorado em Ciências Sociais - UFSCar; Entre janeiro e fevereiro de 2013. Estágio Pós-doutoral no Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé Mentale et Société da École des Hautes en Sciences Sociales (CERMES3/EHESS), sob a supervisão da professora Sylvie Fainzang, com bolsa da FAPESP.

Página gerada pelo Sistema Currículo Lattes em 19/03/2015 às 18:25:44

Imprimir currículo

ANEXO H: Currículo Lates Alexandre Pereira Cruce

Alexandre Pereira Cruce

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7875988455294159>

Última atualização do currículo em 19/02/2015

Alexandre Pereira Cruce é bacharel em Administração Pública pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (EAESP-FGV) em 1987. Especialização em Administração de Empresas - Marketing pela EAEESP-FGV. cursou mestrado em Comunicação e Semiótica pela PUC-SP. Lecionou como professor conferencista da Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho - UNESP, campus Araraquara, no curso de Administração Pública. Lecionou na Universidade Municipal de São Caetano do Sul USCS nos cursos de Comunicação Social - Propaganda e Publicidade e de Tecnologia - Marketing de Varejo. Ingressou em janeiro de 2013 no programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, área de concentração Saúde, ciclos de vida e condições sociais da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Alexandre Pereira Cruce
Nome em citações bibliográficas	CRUCE, A. P.;CRUCE, Alexandre Pereira

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2013	Mestrado em andamento em Pós-graduação Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Título: Diabético: o doente ideal versus o doente real,Orientador: Prof. Dr. Edemilson Antunes de Campos. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.
2004 interrompida	Mestrado interrompido em 2007 em Comunicação e Semiótica (Conceito CAPES 4). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil. Título: Crítica Genética: Edição de Propaganda Audiovisual Marca Brasil,Orientador: Profa Dra. Cecília Almeida Salles. Ano de interrupção: 2007 Palavras-chave: crítica genética, propaganda audiovisual, edição. Grande área: Ciências Sociais Aplicadas / Área: Comunicação / Subárea: Teoria da Comunicação. Grande Área: Linguística, Letras e Artes / Área: Linguística / Subárea: crítica genética. Setores de atividade: Pesquisa e desenvolvimento científico.
1983 - 1987	Graduação em Administração Pública. Fundação Getulio Vargas - SP, FGV-SP, Brasil.

Formação Complementar

2013 - 2013	Introdução pacote estatístico Stata versão 9/10. (Carga horária: 21h). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
2012 - 2012	Origens do Pensamento Ocidental. (Carga horária: 8h). Casa Guilherme de Almeida - Secretaria da Cultura do Estado de São Paulo.
2011 - 2012	James Joyce entre nós - Ulisses. (Carga horária: 120h). Casa Guilherme de Almeida - Secretaria da Cultura do Estado de São Paulo.

Atuação Profissional

Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo, FSP-USP, Brasil.

Vínculo institucional

2013 - Atual Vínculo: , Enquadramento Funcional:

Revisare Scientia, REVISARE, Brasil.

Vínculo institucional

2008 - Atual Vínculo: profissional liberal, Enquadramento Funcional: revisor, Carga horária: 6

Outras informações

Revisão gramatical e ortográfica; Revisão crítica e conceitual de projetos, trabalhos de conclusão de curso, artigos, dissertações, teses e relatórios; Revisão bibliográfica e normatização ABNT e Vancouver; Formatação e normatização de artigos conforme regras das revistas e publicações; Formatação completa (elaboração de sumário, tabelas e figuras, lista de imagens); Transcrição de áudios; Tradução de textos em espanhol e inglês para português e português para espanhol e inglês; Montagem de apresentações em Powerpoint; Assessoria editorial e preparação de originais; Assessoria em produção de textos.

Universidade Municipal de São Caetano do Sul, USCS, Brasil.

Vínculo institucional

2005 - 2007 Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: professor, Carga horária: 12

Atividades

08/2005 - 12/2007 Ensino, Comunicação Social - Publicidade e Propaganda, Nível: Graduação

Disciplinas ministradas

Projetos Especiais - Trabalhos de Conclusão de Curso

Administração para Publicidade e Propaganda

08/2005 - 12/2007

Ensino, Curso Tecnológico de Marketing de Varejo, Nível: Especialização

Disciplinas ministradas

Ponto-de-Venda e Merchandising

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, Brasil.

Vínculo institucional

2003 - 2005 Vínculo: Professor Visitante, Enquadramento Funcional: Outro, Carga horária: 10

Atividades

8/2003 - 2/2005

Ensino, Administração Pública, Nível: Graduação

Disciplinas ministradas

Pesquisa mercadológica

Introdução ao Marketing

Tópicos Especiais em Comunicação para Administração Pública

Instituto Municipal de Ensino Superior de Bebedouro Victorio Cardassi, IMESB, Brasil.

Vínculo institucional

2002 - 2002

Vínculo: Outro, Enquadramento Funcional: professor, Carga horária: 12

Atividades**2/2002 - 12/2002**

Ensino, Comunicação Social, Nível: Graduação

Disciplinas ministradas

Administração para Publicidade e Propaganda

2/2002 - 12/2002

Ensino, Administração de Empresas, Nível: Graduação

Disciplinas ministradas

Marketing Global

Comunicação em Marketing

Creata Promotion Ltda, CREATA, Brasil.**Vínculo institucional****2001 - 2001**

Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Gerente, Carga horária: 0

Outras informações

Elaboração de campanhas promocionais, planos de comunicação e campanhas publicitárias.

Atividades**3/2001 - 6/2001**

Direção e administração, Creata Promotion Ltda, Creata Promotion Ltda.

Cargo ou função

Gerente.

Instituto de Educação Costa Braga, COSTA BRAGA, Brasil.**Vínculo institucional****1999 - 2001**

Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: professor, Carga horária: 8

Atividades**8/1999 - 12/2001**

Ensino, Administração de Empresas, Nível: Graduação

Disciplinas ministradas

Introdução ao Marketing

Administração de Marketing

Ajinomoto Interamericana Ltda, AJINOMOTO, Brasil.**Vínculo institucional****1997 - 1998**

Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Gerente de Produto, Carga horária: 40

Outras informações

Administração de um budget de US\$ 10 milhões. Elaboração do Plano de Marketing para Pratos Prontos (feijoadas, stroganoff) acondicionados em embalagens Retort Pouch (sacos flexíveis ou semi-rígidos fechados por selagem a quente). Organização da 4ª Convenção Nacional de Vendas da Aji-No-Moto - Toronto / Canadá. Obtenção do aumento médio do giro do produto Aji-No-Moto (em unidades físicas) de 100 % no período da promoção Com Aji-No-Moto Você Raspa o Prato. Organização da promoção Com Aji-No-Moto Você Raspa o Prato em 14 distribuidores, 15 praças (Rio de Janeiro, Vitória, São Luiz, Teresina, Brasília, Goiânia, Fortaleza, Natal, Salvador, João Pessoa, Aracaju, Maceió, Porto Alegre, Recife e Belo Horizonte) e 48 redes de supermercados. Desenvolvimento e implantação de novas embalagens dos temperos Sazon, Aji-No-Moto e Hondashi. Lançamento dos seguintes novos produtos: Sabor a Mi 1 Kg e Aji-No-Moto em embalagem Floppy. Elaboração em conjunto com agências de publicidade do Plano de Mídia da Ajinomoto para 1998, envolvendo valores de até US\$ 3 milhões. Desenvolvimento de campanhas de propaganda Bruce Willis (US\$ 500 mil) para o Aji-No-moto e Cachorrinho e Ernesto (US\$ 150 mil) para o Sazon. Elaboração em conjunto com o POPAI (Point of Purchase Advertising Institute) e a Research International (empresa de pesquisa) do 1.º estudo sobre o comportamento do consumidor no PDV no Brasil. Elaboração de Pesquisas Qualitativas e Quantitativas de novos produtos como a versão mais natural de um tempero básico (+) completo juntamente com os Institutos de Pesquisa e Pesquisa da Brand Equity (avaliação da força da marca perante o mercado e posição diante da concorrência) das marcas Aji-No-Moto, Sazon, e Sabor a Mi.

Atividades**7/1997 - 12/1998**

Direção e administração, Ajinomoto Interamericana Ltda, Ajinomoto

Interamericana Ltda.

Cargo ou função

Gerente de Produto.

Renault do Brasil S A, RENAULT, Brasil.**Vínculo institucional****1996 - 1997**

Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: consultor, Carga horária: 40

Outras informações

Elaboração de análise de mercado de automóveis por segmentos de consumo para a Renault, em equipe liderada pelo Prof. Dr. José Roberto Ferro.

Atividades**12/1996 - 6/1997**

Conselhos, Comissões e Consultoria, Renault do Brasil S A, Renault do Brasil S A.

Cargo ou função

CONSULTOR.

Dextron Consultoria Empresarial S C Ltda, DEXTRON, Brasil.**Vínculo institucional****1995 - 1996**

Vínculo: Outro, Enquadramento Funcional: consultor, Carga horária: 48

Outras informações

Implantação do Programa FOCUS (Ford Customer Satisfaction) nas concessionárias Ford Olsen e Slaviero (Curitiba), Maracajú (Londrina), Margrande (Santos), Dimas (Florianópolis) e Eufrásio (São Paulo).

Implantação de novos processos de venda, de serviços e de peças nas concessionárias. Implantação de padrões - características mínimas de qualidade de atendimento da Rede Ford - mensuráveis, através de pesquisa junto a clientes. Resultados obtidos a partir da implantação do Programa, após 3 meses: crescimento da satisfação do cliente no reparo de veículo: de 57,9% para 74,6% ; preparação e entrega de veículo novo: de 54,5% para 96,5% ; crescimento de intenção de recompra de veículo novo: de 79,8% para 82,1%, crescimento de indicação a terceiros de compra nas revendas: de 7,8% para 26,7%. Implantação do Programa 5S - LORD (Limpeza, Organização e Descarte).

Atividades**12/1995 - 12/1996**

Conselhos, Comissões e Consultoria, Dextron Consultoria Empresarial S C Ltda, Dextron Consultoria Empresarial S C Ltda.

Cargo ou função

Consultor.

Sindicato Nacional da Indústria de Componentes Para Veículos Automotores, SINDIPEÇAS, Brasil.**Vínculo institucional****1995 - 1995**

Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: pesquisador, Carga horária: 20

Outras informações

- elaboração, tabulação e análise estatística da pesquisa A Globalização da Indústria Automobilística e a Reconfiguração do Setor de Autopeças no Brasil , realizada pelo Prof. Dr. José Roberto Ferro, professor da FGV-EAESP e atual presidente do Lean Institute Brasil. Os financiadores do projeto foram o SINDIPEÇAS e a ANFAVEA - Associação Nacional dos Fabricantes de Veículos Automotores.

Faculdade Anhembí Morumbi, FAM, Brasil.**Vínculo institucional****1994 - 1995**

Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Outro (especifique): professor, Carga horária: 10

Atividades**2/1995 - 12/1995**

Ensino, Produção Editorial, Nível: Graduação

Disciplinas ministradas

Administração Estratégica e de Negócios

2/1994 - 12/1995

Ensino, Comunicação Social, Nível: Graduação

Disciplinas ministradas
Administração Mercadológica
Administração de Vendas
Marketing Promocional

Citibank N A, CITIBANK, Brasil.

Vínculo institucional

1987 - 1993

Vínculo: , Enquadramento Funcional: Gerente de mercado de capitais, Carga horária: 40, Regime: Dedicação exclusiva.

Outras informações

Análise fundamentalista de Companhias abertas com ações negociadas em bolsa (1987 - 1989). Negociação, planejamento e implementação de abertura de capital de empresas de capital fechado. Negociação, planejamento, e implementação de emissão de ações de empresas de capital aberto. Emissão de debêntures, organização de block trade de ações e emissão de ADR. Participação no processo de securitização das dívidas do Grupo Siderbrás junto aos bancos credores, através da emissão de debêntures em três séries e posterior negociação dos rendimentos não pagos (1988 - 1989). Negociação, planejamento e implementação, incluindo a venda a investidores da Confab, Eletrobrás, Inepar, Metal Leve, Papel Simão, Plascar, Prosdócimo, Sobral Invicta, Telebrás, Cia. Vale do Rio Doce, Vila Romana. Obtenção de receita de US\$ 2 milhões na emissão de debêntures conversíveis em ações da Telebrás. Negociação, planejamento e organização do block trade de ações da CEMIG. Participação do lançamento de ADR da Aracruz Celulose.

Atividades

1/1990 - 8/1993

Direção e administração, Citibank N A, Citibank N A.

Cargo ou função

Gerente de Mercado de Capitais - underwriting.

1/1989 - 12/1989

Direção e administração, Citibank N A, Citibank N A.

Cargo ou função

Gerente Adjunto de Mercado de Capitais - underwriting.

8/1988 - 12/1988

Serviços técnicos especializados .

Serviço realizado

Abertura de capital da empresa Indústria e Comércio Sobral S.A., passando a se chamar Sobral Invicta S.A..

8/1987 - 12/1988

Direção e administração, Citibank N A, Citibank N A.

Cargo ou função

Trainee - Analista de Investimentos.

Projetos de pesquisa

2013 - Atual

Diabetes: práticas e sentidos de cuidado e autocuidado em fluxo no Sistema Único de Saúde (SUS)

Descrição: Introdução: problema de saúde pública de prevalência global, a diabetes está em franca expansão em todo planeta, vinculada ao contexto socioeconômico, às condições de urbanização e ao envelhecimento populacional. Estimativas mundiais indicam que existem, atualmente, 371 milhões de portadores da doença. Quarto colocado no ranking da International Diabetes Federation, o Brasil tem 13,4 milhões de portadores da doença, 10% dos quais insulino dependentes. Justificativa: É nesse cenário epidêmico que se dá a construção de sentidos simbólicos e práticas de cuidado e autocuidado da diabetes baseados em conceitos elaborados e reelaborados nas políticas públicas brasileiras de saúde coletiva. O objetivo deste trabalho é compreender como os esforços de normalização do diabético e de sua subjetividade nos programas públicos e nas práticas de autocuidado e seus objetos como medicamentos constroem, respectivamente, as ações e sentidos dos portadores da doença no cotidiano dos serviços especializados. Método: será realizada etnografia através de observação participante e entrevistas semiestruturadas em um serviço ambulatorial especializado do município de São Paulo..

Situação: Em andamento; Natureza: Pesquisa.

Alunos envolvidos: Mestrado acadêmico: (1) .

1995 - 1995

Integrantes: Alexandre Pereira Cruce - Integrante / Edemilson Antunes de Campos - Coordenador.

Financiador(es): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Bolsa.

A Globalização da Indústria Automobilística e a Reconfiguração do Setor de Autopeças no Brasil

Descrição: Elaboração do questionário, tabulação e análise estatística da pesquisa A Globalização da Indústria Automobilística e a Reconfiguração do Setor de Autopeças no Brasil para o SINDIPEÇAS e a ANFAVEA. .

Situação: Concluído; Natureza: Pesquisa.

Alunos envolvidos: Graduação: (0) / Especialização: (0) / Mestrado acadêmico: (0) / Mestrado profissional: (0) / Doutorado: (0) .

Integrantes: Alexandre Pereira Cruce - Integrante / José Roberto Ferro - Coordenador.

Financiador(es): Sindicato Nacional da Indústria de Componentes Para Veículos Automotores - Auxílio financeiro / Associação Nacional dos Fabricantes de Veículos Automotores - Auxílio financeiro.

Número de produções C, T & A: 1

Áreas de atuação

1. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.
2. Grande área: Ciências Humanas / Área: Antropologia / Subárea: Teoria Antropológica.
3. Grande área: Ciências Sociais Aplicadas / Área: Administração / Subárea: Administração Pública/Especialidade: Política e Planejamento Governamentais.
4. Grande área: Ciências Sociais Aplicadas / Área: Comunicação / Subárea: Teoria da Comunicação.

Idiomas

Espanhol	Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.
Inglês	Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.
Francês	Compreende Razoavelmente, Fala Pouco, Lê Bem, Escreve Pouco.

Produções

Produção bibliográfica

Textos em jornais de notícias/revistas

1. **CRUCE, Alexandre Pereira** . Relações varejo x clientes, muito além do ato de compra. Revista de Marketing, São Paulo, p. 72 - 72, 09 abr. 2012.
2. ★ **CRUCE, Alexandre Pereira** ; FERRO, José Roberto . Visões sobre o Futuro da Indústria Automobilística Brasileira. Revista de Administração de Empresas (FGV), São Paulo, , v. 2, p. 32 - 38, 15 ago. 1995.

Trabalhos completos publicados em anais de congressos

1. ★ JAKOB, E. L. ; ARNOS, T. P. B. ; NAKAGAWA, F. S. ; CASTRO, F. N. ; VECCHIATTI, K. ; CAMARA, M. E. R. ; **CRUCE, Alexandre Pereira** ; NAKAGAWA, Regiane . Semiosfera do espaço vazio. In: I Encontro Internacional para o Estudo da Semiosfera - Interferências das Diversidades nos Sistemas Culturais, 2007, São Paulo. Semiosfera do

espaço vazio. São Paulo: ANNABLUME editora comunicação, 2007.

Resumos publicados em anais de congressos

1. ★ **CRUCE, A. P.** ; CAMPOS, E. A. . Diabetes: sentidos e práticas de cuidado e autocuidado em fluxo no Sistema Único de Saúde (SUS). In: IV Seminário de Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública- USP, 2013, São Paulo. Caderno de Resumos, 2013.

Outras produções bibliográficas

1. ★ **CRUCE, A. P.** . O (im)possível diálogo Bakhtin-Lótman: para uma interpretação das culturas. São Paulo: ANNABLUME editora comunicação, 2007. (Tradução/Artigo).

Produção técnica

Redes sociais, websites e blogs

1. **CRUCE, A. P.** . Cartografias do cuidado: Mapeamentos das medicinas, dos usuários, dos trabalhadores da saúde, dos cuidados gerados, das políticas públicas.. 2013; Tema: Produção do cuidado em saúde pública e atividades do grupo de pesquisa Micropolítica e Gestão. (Blog).

Demais tipos de produção técnica

Eventos

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1. VIII Congresso Português de Sociologia. Diabetes: sentidos e práticas de cuidado e autocuidado em fluxo no Sistema Único de Saúde. (SUS). 2014. (Congresso).
2. Rede de Avaliação Compartilhada Políticas e Cuidados Saúde. 2014. (Seminário).
3. 13.o Congresso Paulista de Saúde Pública. Diabético: entre o paciente real e o ideal. 2013. (Congresso).
4. VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Diabético: entre o paciente real e o ideal. 2013. (Congresso).
5. IV Seminário de Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública- USP. Diabetes: práticas e sentidos de cuidado e autocuidado em fluxo no Sistema Único de Saúde (SUS). 2013. (Seminário).
6. Práticas de Atenção e o Modelo Psicossocial de cuidado a usuários de álcool e outras drogas". 2013. (Seminário).
7. "Estratégias e Tecnologias em Ambiente Virtual de Aprendizagem. 2013. (Encontro).
8. Horizontes do Ciber mundo - Tensionar o presente, repensar a existência. 2004. (Encontro).

Organização de eventos, congressos, exposições e feiras

1. GUALDA, D. M. R. ; CAMPOS, E. A. ; LEIBING, A. ; LAPLANTE, J. ; CARNEIRO, R. ; SALIM, N. ; SOARES, G. ; **CRUCE, A. P.** ; MELLO, L. ; MELO, L. . I Seminário Internacional: Diálogos Antropológicos sobre Cuidado e Saúde. 2013.

(Outro).

2. ★ MACHADO, Irene ; VAZ, Adriana ; **CRUCE, Alexandre Pereira** ; **CRUCE, Alexandre** ; ROCHA, Débora ; SADAIO, Fabio ; SANTOS, Fátima ; MENDONÇA, Jeová ; CHAVES, Kalu ; FEITOSA, Mirna ; JALLAGEAS, Neide ; ANGERAMI, Paulo ; CAMINNI, Regiane ; NAKAGAWA, Regiane . I Encontro Internacional sobre Estudos da Semiosfera. 2005. (Congresso).

Orientações

Orientações e supervisões concluídas

Trabalho de conclusão de curso de graduação

1. Thiago Carlos Crepaldi. A Modernização do Futebol. 2004. 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Ciências Econômicas) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Orientador: Alexandre Pereira Cruce.

Iniciação científica

1. Wennia Limonti de Souza. Evolução da Participação da Mulher no Mercado de Trabalho Brasileiro. 2005. Iniciação Científica. (Graduando em Administração Pública) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Orientador: Alexandre Pereira Cruce.

2. Everton Massoni Simões. Avaliação do mercado de massas secas e definição do perfil psico-socio-econômico dos consumidores potenciais deste mercado. 2005. Iniciação Científica. (Graduando em Comunicação Social - Publicidade e Propaganda) - Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Orientador: Alexandre Pereira Cruce.

3. Benedito Daneluz Neto. O SpectraBAN foi lançado no Brasil em 1988 com uma linha completa de protetores solares para pele e lábios que proporciona máxima e eficiente proteção a todos os tipos de pele. A linha atende a todas as necessidades, e teve sua imagem remodelada recentemente. 2005. Iniciação Científica. (Graduando em Comunicação Social - Publicidade e Propaganda) - Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Orientador: Alexandre Pereira Cruce.

Educação e Popularização de C & T

Redes sociais, websites e blogs

1. **CRUCE, A. P.** . Cartografias do cuidado: Mapeamentos das medicinas, dos usuários, dos trabalhadores da saúde, dos cuidados gerados, das políticas públicas.. 2013; Tema: Produção do cuidado em saúde pública e atividades do grupo de pesquisa Micropolítica e Gestão. (Blog).

Página gerada pelo Sistema Currículo Lattes em 19/03/2015 às 18:15:03

Imprimir currículo